

**Università degli Studi di Napoli “Federico II”  
Facoltà di Lettere e Filosofia  
Dipartimento di Scienze Relazionali  
“G. Iacono”**

DOTTORATO IN STUDI DI GENERE  
XVII CICLO  
a.a. 2001-2002; 2002-2003; 2003-2004

**Relazioni di potere e contese di genere.  
Storie di uomini e donne internati nel  
manicomio di Aversa. 1880-1920**

Dottoranda  
Dott.ssa Anna Grazia Ricca

Tutor  
Prof.ssa Laura Guidi

Coordinatrice  
Prof.ssa Adele Nunziante Cesàro

RELAZIONI DI POTERE E CONTESE DI GENERE:  
STORIE DI UOMINI E DONNE INTERNATI NEL  
MANICOMIO DI AVERSA. 1880-1920

Anna Grazia Ricca

## Indice

Introduzione	pag. 4
Capitolo primo	pag. 14
Capitolo secondo	pag. 35
Capitolo terzo	pag. 59
Capitolo quarto	pag. 68
Capitolo quinto	pag. 82
Nota conclusiva	pag. 96

## Bibliografia

## Introduzione

L'archivio storico del manicomio "S. Maria Maddalena" di Aversa, presso cui si è svolta questa ricerca, contiene circa 70.000 unità archivistiche, di cui circa 32.000 cartelle cliniche. La documentazione copre gli anni che vanno dalla fine dell'Ottocento alla dismissione dell'ente<sup>1</sup>.

Migliaia di cartelle cliniche, storie di vite raccolte ed esaminate con estrema minuziosità nel loro incontro con la follia. Ma soprattutto storie di donne e di uomini, di cui mai avremmo avuto alcuna notizia se, come sostiene Foucault, non avessero "urtato" contro il potere: "Il punto più intenso delle vite, quello in cui si concentra la loro energia è proprio là dove si scontrano con il potere, si dibattono con esso, tentano di utilizzare le sue forze o di sfuggire alle sue trappole".<sup>2</sup>

Le parole di Foucault, al di là dell'impatto emotivo che producono, delimitano un preciso campo di ricerca, quello che si articola intorno al confine tra pubblico e privato, tra vita vissuta, sapere scientifico e pratica istituzionale.

---

<sup>1</sup> Il manicomio "S. Maria Maddalena" di Aversa, fondato nel 1813, raccolse i malati di tutto il Regno delle Due Sicilie e acquistò ben presto fama internazionale. Attualmente, nell'ambito del progetto del ministero dei Beni culturali e ambientali "*Carte da legare*", il Centro Ricerche sulla Psichiatria e le Scienze Sociali "*Le Reali Case dei matti*", coordinato dalla dott. Candida Carrino, con sede presso l'edificio storico del manicomio di Aversa, è impegnato nel lavoro di recupero e valorizzazione del patrimonio documentario dell'ex-ospedale psichiatrico

<sup>2</sup> M. Foucault (1977), *La vita degli uomini infami*, in A. Dal Lago (a cura di), *Archivio Foucault. 1971-1977*, Feltrinelli, Milano, 1994, pag.250.

I documenti di archivio nascono dalla necessità operativa connessa all'esercizio di specifiche e concrete attività amministrative e istituzionali.<sup>3</sup> La cartella clinica, in particolare, è lo strumento attraverso cui il sapere psichiatrico trova la sua legittimazione nell'istituzione manicomiale. La cartella pre-stampata rappresenta una griglia interpretativa oggettivata che organizza lo svolgimento di un processo che, partendo dalla formulazione diagnostica, arriva alla decisione dell'internamento.

L'art. 63 della legge n.36 del 14 febbraio 1904 stabilisce che ogni fascicolo personale per ciascun ricoverato contenga:

*“i documenti relativi all'ammissione, i provvedimenti, le comunicazioni e la corrispondenza dell'autorità giudiziaria, di quella amministrativa e della famiglia, la diagnosi e il riassunto mensile delle condizioni dell'alienato, e gli atti relativi al licenziamento”*<sup>4</sup>.

La cartella clinica è l'istituzione. E infatti, una prima lettura dei documenti offre spesso una versione tutta psichiatrica della situazione in esame.

Successivamente è possibile recuperare informazioni preziose sui vari individui coinvolti, attraverso tracce di comportamenti, brandelli di discorsi, brevi annotazioni, “frammenti di etica”

---

<sup>3</sup> I. Zanni Rosiello, *Archivi e memoria storica*, il Mulino, Bologna, 2000.

<sup>4</sup> L. 14 febbraio 1904, n.36, *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati*, in “Gazzetta Ufficiale”, 22 febbraio 1904. E' questa la prima normativa di carattere nazionale per questo specifico settore; prima di allora gli istituti manicomiali esistenti in Italia erano stati, nei quarant'anni successivi all'unificazione, disciplinati in modo diverso, indipendentemente l'uno dall'altro. Per uno sguardo d'insieme R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità ad oggi*, Feltrinelli, Milano, 1979.

come Arlette Farge chiama “ciò che scaturisce da ogni persona attraverso le parole che adopera per parlare di sé e degli avvenimenti, ossia una morale, un’estetica, uno stile, un immaginario e il suo particolare legame con la comunità”<sup>5</sup>.

Spesso tra le “carte” dei manicomi è possibile rinvenire lettere scritte da uomini e da donne che hanno vissuto l’esperienza tragica dell’internamento.

Sono documenti molto preziosi perché consentono di mettere in luce la dimensione privata, intima, di queste persone, restituendoci tracce della loro soggettività, il loro punto di vista, il loro vissuto e la loro stessa esistenza. Sono voci ignorate, perse nel discorso scientifico e istituzionale.

L’archivio offre la possibilità di “entrare” nell’istituzione, recuperando esperienze reali di individui concreti. Ritornano così i comportamenti, i significati, le rappresentazioni, i sentimenti e i valori.

Le lettere degli internati e quelle dei familiari costituiscono, nella loro semplicità, una testimonianza importante (così come altre fonti quali, le *lettres de remission* o gli atti processuali) della voce del popolo<sup>6</sup>. Sono una testimonianza diretta, anche se esigua e frammentaria, di come l’evento malattia mentale si collochi nelle dinamiche relazionali e nell’immaginario popolare. Chi sono gli attori coinvolti? Come si comportano di fronte alla manifestazione della follia? Quali strategie vengono messe in atto per tentare di gestire l’evento? Quale significato viene

---

<sup>5</sup> A. Farge, *Il piacere dell’archivio*, Essedue edizioni, Verona, 1991.

<sup>6</sup> Tra le tante ricerche in questa direzione ricordiamo: N. Zemon Davis, *Storie d’archivio. Racconti di omicidio e domande di grazia nella Francia del Cinquecento*, Einaudi, Torino, 1992; C. Ginzburg, *Il formaggio e i vermi. Il cosmo di un mugnaio del ‘500*, Einaudi, Torino, 1999; A. Buttafuoco, *Le Mariuccine*, Franco Angeli, Milano, 1985.

attribuito al comportamento deviante? Quali vantaggi è possibile ricavare in tali situazioni?

L'evento malattia mentale è un elemento destabilizzante il sistema relazionale in cui sono inseriti vari individui in comunicazione tra di loro. Il folle (così come il delinquente e l'immorale) manifesta un comportamento che appare deviante rispetto a modelli di comportamento condivisi dalla società.

E' colui che trasgredisce, che viola le norme ponendosi in una situazione di contrasto con ciò che è considerato l'ordine sociale<sup>7</sup>. Il folle è colui che riceve uno stigma, un marchio, il segno peculiare che sancisce la sua diversità, diventa "altro"<sup>8</sup>.

Si delinea così un'*alterità* della follia rispetto ad una *idealità* della ragione. Non si tratta però di una contrapposizione lineare: la *follia* e la *ragione* delimitano un campo di legami complessi che producono discorsi contrastanti. Discorsi *ragionevoli* che giudicano, nominano, rappresentano e discorsi *folli* che propongono, denunciano, rifiutano. E' un campo relazionale, fluido, mobile<sup>9</sup>.

---

<sup>7</sup> Per M. Galzigna, all'interno dell'istituzione manicomiale "...l'azione disciplinatrice è pensabile solo sullo sfondo di pratiche e di saperi tesi alla costituzione dei parametri fondamentali della norma sociale" in *Soggetto di diritto, soggetto di follia*, introduzione a J.E.D. Esquirol, *Delle passioni*, Marsilio, Venezia, 1982.

<sup>8</sup>Secondo E. Goffman lo stigma tende a diffondersi dallo stigmatizzato alle persone a lui vicine, costrette a condividere parte del discredito. Ciò potrebbe spiegare la tendenza da parte di queste persone ad evitare i rapporti con la persona stigmatizzata o, dove esistono, ad interromperli. E. Goffman, *Stigma. L'identità negata*, Ombre Corte, Verona, 2003.

<sup>9</sup> Per M. Foucault, "... la follia è differenza immediata, negatività pura, ciò che si denuncia come non-essere, in un'evidenza irrecusabile; è un'assenza totale di ragione, che si percepisce subito come tale, sullo

Se, come suggeriscono gli studiosi della comunicazione, nei sistemi interattivi gli individui sono impegnati nel processo di definire la natura della loro relazione, nella situazione di internamento quali cambiamenti si determineranno, quali nuovi ruoli saranno assegnati, quali modalità comunicative risulteranno più efficaci nel tentativo di ristabilire un nuovo equilibrio del sistema?<sup>10</sup>

Si potrà obiettare che attraverso questo genere di fonti si tende a valorizzare soprattutto l'*individuo* e l'*individuale*, con il rischio di cadere nell'aneddoto. D'altra parte privilegiare esclusivamente l'analisi quantitativa dei dati (i registri delle ammissioni possono fornire, per esempio, interessanti informazioni sull'età degli internati, la condizione civile, il livello di istruzione, il "tipo" di follia, le ragioni del ricovero) sembrerebbe riproporre nella ricerca una logica istituzionale classificatoria e descrittiva che tende solo a definire i contorni di una massa indistinta<sup>11</sup>: la cosiddetta "popolazione manicomiale"!

L'*individuale* non è contrapposto al *sociale*. L'individuo trova senso solo se è colto all'interno di una rete relazionale,

---

*sfondo delle strutture del ragionevole.*" in *Il folle nel giardino delle specie*, "aut-aut", 323, 2004, cit. pag.15.

<sup>10</sup> P.Watzlawick, J. Helmick Beavin, D.D.Jackson, *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma, 1971: secondo questi autori, quando comunichiamo si crea un sistema circolare di interazioni e di sovrapposizioni fra i diversi fattori; ogni fattore influenza e, allo stesso tempo, è influenzato dagli altri e dal sistema nel suo complesso. E ogni mossa rinnova tutto lo scenario comunicativo.

<sup>11</sup> C.Ginzburg afferma che "...lo sguardo ravvicinato ci consente di cogliere qualcosa che sfugge alla visione d'insieme e viceversa" in *Microstoria: due o tre cose che so di lei*, Quaderni Storici 86, a.XXIV, n.2, agosto 1994, pag.524.

all'interno di un contesto più ampio da cui può essere influenzato ma che egli stesso può condizionare in un reciproco scambio interattivo.

In questa ricerca ho provato a narrare l'esperienza di uomini e donne durante il loro internamento in manicomio nel periodo a cavallo tra fine Ottocento e primi decenni del Novecento. E' un periodo caratterizzato da una fase di stabilizzazione della psichiatria italiana che "si attesta in definitiva per molti anni su di un neurologismo privo di prospettive"<sup>12</sup>. Un periodo che vede nel manicomio lo strumento specialistico privilegiato dalla psichiatria. Il manicomio inteso come istituzione sociale di assistenza-controllo, connotata di una sua propria fisionomia e organizzazione. Il binomio controllo/cura costituisce così il cardine, ormai legittimato, di qualsiasi discorso sulla follia<sup>13</sup>.

Il manicomio si configura come "istituzione totale" caratterizzata dal fatto di assorbire e regolare l'intera esistenza di coloro che vi entrano a far parte e di esaurire quindi in sé tutta la loro esperienza sociale<sup>14</sup>.

Partendo da questo contesto, alle cui regole rigide non è possibile sottrarsi senza subire delle sanzioni, ho cercato di ricostruire gli intrecci, le dinamiche relazionali, le strategie individuali. Considerando la circolarità della comunicazione, ho

---

<sup>12</sup> F.Giacanelli, *Appunti per una storia della psichiatria in Italia*, in K. Corner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, Laterza, Roma-Bari, 1975.

<sup>13</sup> L'espressione "discorso psichiatrico" è usata nell'accezione che Foucault dà del *discorso* come luogo dell'articolazione produttiva di sapere e potere, tendente a categorizzare l'individuo, fissandolo in una sua precisa identità, assegnandogli l'etichetta di soggetto folle. M. Foucault, *L'archeologia del sapere*, BUR, Milano 1980.

<sup>14</sup> E. Goffmann, *Asylums*, Einaudi, Torino, 2001.

cercato di delineare i reciproci condizionamenti dei vari discorsi proposti, l'asimmetria ma anche la complementarità delle singole posizioni.

L'osservazione ravvicinata, il rinvenimento di "tracce", di "indizi"<sup>15</sup> così come le "assenze", lo "spazio bianco"<sup>16</sup> all'interno di una documentazione apparentemente "neutra", ha favorito uno spostamento della prospettiva congeniale alla finalità della ricerca.

Le lettere degli internati ma anche le annotazioni estemporanee dei medici, proprio per il loro carattere di scrittura privata, evidenziano gli aspetti *informali*<sup>17</sup> delle relazioni sociali in quel particolare contesto mostrandone la plasticità e la manipolabilità a dispetto di un'apparente staticità e fissità. Questi documenti rivelano il modo in cui le persone esplorano le possibilità e i limiti del loro mondo, anche di un mondo strutturalmente ristretto e rigidamente circoscritto come quello manicomiale; misurano il successo o il fallimento dell'iniziativa individuale anche in condizioni di subordinazione e segregazione.

Ciò che appare è una complessa rete di relazioni a prima vista gerarchiche e asimmetriche ma sostanzialmente fondate sulla

---

<sup>15</sup> C. Ginzburg, *Spie. Radici di un paradigma indiziario*, in Miti, emblemi e spie, Einaudi, Torino, 2000, pp158-209.

<sup>16</sup> C.Ginzburg sottolinea l'importanza delle lacune documentarie in quanto elemento narrativo: C.Ginzburg, *Rapporti di forze*, Feltrinelli, Milano, 2000.

<sup>17</sup> Interessante a questo proposito il saggio di G. Pomata, *La storia delle donne: una questione di confine*, in Il mondo contemporaneo, Collana a cura di N.Tranfaglia, vol.X, *Gli strumenti della ricerca*, II, La Nuova Italia, Firenze, 1981, pp.1434-1469.

reciprocità, la negoziazione o la resistenza in cui lo scambio dei ruoli diventa possibile e, in molti casi, necessario.

Sono relazioni di *potere*. Potere che non si esaurisce solo in un atto di dominio, repressione o divieto, ma potere che si propone come forza attiva, che produce un sapere che ha effetti sulla vita delle persone. Potere che determina relazioni di tensione. Foucault suggerisce di considerare le forme di resistenza al potere attraverso ciò che definisce “l’antagonismo delle strategie”<sup>18</sup>. In generale, è l’opposizione al potere esercitato dal discorso psichiatrico sulla malattia mentale, ma è soprattutto l’opposizione al potere esercitato dall’individuo sull’individuo. Potere, quest’ultimo, che trova il suo punto di forza nella contrapposizione tra *maschile* e *femminile*, tra uomini e donne. Come sostiene J.W. Scott “...il *genere* è un fattore primario del manifestarsi dei rapporti di potere”<sup>19</sup>.

---

<sup>18</sup> M. Foucault, *Perché studiare il potere: la questione del soggetto*, in H. Dreyfus e P. Rabinow, *La ricerca di Michel Foucault*, Ponte delle Grazie, Firenze, 1989, cit. pag. 239.

<sup>19</sup> J.W. Scott, *Il “genere”: un’utile categoria di analisi storica*, in P. Di Cori, *Altre storie. La critica femminista della storia*, Clueb, Bologna, 1996, pp.307-348. La categoria di “genere” si riferisce alla costruzione sociale e culturale del maschile e del femminile e sottolinea l’interdipendenza e la complementarietà, pur nella differenza, dei ruoli sessuali. Intesi in senso universale, il maschile e il femminile appaiono come categorie ancorate al corpo e quindi strutturalmente determinate. Categorie che danno vita a precise rappresentazioni, stereotipi e sistemi normativi che sono alla base dei rapporti di potere tra i due sessi. Il binomio donna/natura e quello uomo/cultura hanno costituito per secoli la base universale dell’inferiorità sociale della donna. Come sostiene l’antropologa F. Heritier, “...l’osservazione della differenza tra i sessi è alla base del pensiero, sia tradizionale, sia scientifico”: ciò ha determinato, secondo questa Autrice, il costituirsi di una logica dicotomica che tende a valorizzare operazioni di classificazione, opposizione, qualificazione, gerarchizzazione, griglie in

Il contesto manicomiale tende ad esasperare la logica dualista che fonda i rapporti di potere, stabilendo una struttura fortemente gerarchizzata e proponendo categorie normative.

In questo contesto le differenze sessuali, il maschile e il femminile, fungono da stereotipi attivi nella pratica quotidiana e nel discorso scientifico. All'interno del manicomio gli uomini e le donne internati sembrano ingaggiare una lotta dura e difficile per affermare il loro diritto di esistere nella *differenza*.

Contro un sapere normativo e prescrittivo che fonda una logica sessista, gli uomini e le donne internati non solo oppongono pratiche di resistenza e di rifiuto ma, assumendo *nuovi* modelli di mascolinità e di femminilità, scambievolmente, si distaccano dai discorsi performativi e propongono, proprio nel contesto manicomiale, individualità più *libere*.

Applicare l'approccio di genere ha significato quindi allargare il campo di indagine, evidenziando le affinità dietro le apparenti diversità. Ha significato "smontare" le relazioni fondate sui rapporti di potere individuando gli spazi di libertà dove l'iniziativa personale poteva essere sperimentata. Ha significato

---

cui il maschile e il femminile si trovano racchiusi. Come categoria di analisi storica il *genere* tende a superare la semplice opposizione maschile/femminile, punta l'attenzione sulla reciprocità e relazionalità tra individui di sesso diverso, proponendo la relatività storica e culturale dell'identità di genere. F. Heritier, *Maschile e femminile. Il pensiero della differenza*, Laterza, Roma-Bari, 2000, cit. pag.6. Per un inquadramento generale degli studi di genere, S. Piccone Stella, C. Saraceno (a cura), *Genere. La costruzione sociale del maschile e del femminile*, il Mulino, Bologna, 1996 e E. Ruspini, *Le identità di genere*, Carocci, Roma, 2003.

considerare la “parzialità” dell’identità maschile e di quella femminile<sup>20</sup>.

---

<sup>20</sup> S. Bellassai, *La mascolinità contemporanea*, Carocci, Roma, 2004.

## Capitolo primo

La psichiatria *“ha le braccia corte, ma vede lontano”*<sup>21</sup>

Nel 1914 E. Tanzi e E. Lugaro nella prefazione al loro *“Trattato delle malattie mentali”*<sup>22</sup> giustificano la necessità della classificazione nosografica capace di dare senso ad una concezione medica e scientifica della follia. E più avanti, gli stessi Autori sottolineano: *“La psichiatria è ancora, più che altro, un’esposizione di sintomi. Sotto un’apparente ricchezza di quadri clinici, essa nasconde lacune ed incertezze che lasciano insoluti i suoi problemi più essenziali”*<sup>23</sup>.

La riflessione di Tanzi e Lugaro porta in primo piano la precarietà della posizione della psichiatria stretta tra l’esigenza

---

<sup>21</sup> E.Tanzi e E.Lugaro, *Trattato delle malattie mentali*, Milano, Società Editrice Libreria, 1914, cit. pag. VI.

<sup>23</sup> Ibidem, pag 1. E’ interessante notare che cinquant’anni dopo F. Basaglia, partendo dalla stessa constatazione e consapevolezza, abbia poi avviato quel processo che condurrà alla chiusura dei manicomi con la famosa legge 180: *“La classificazione delle sindromi psichiatriche corrisponderebbe quindi al segno della nostra impotenza, da un lato, e della nostra aggressività, dall’altro, nei confronti di una malattia che ci sfugge: il riconoscimento cioè dell’impossibilità dello psichiatra a sostenere il malato mentale come problema aperto e non risolto, e della necessità di coprire questo scacco con una descrizione puramente quantitativa dei sintomi”*, in *“Recenti Progressi in Medicina”*, 46, 5 1969, ora in *“Scritti II 1968-1980”*, Einaudi, Torino, 1982.

di darsi uno statuto di scientificità attraverso l'acquisizione di un modello medico-naturalistico e la consapevolezza della complessità e irriducibilità del suo oggetto di studio.

Eppure, negli anni in cui gli Autori avviano il progetto di una sistematizzazione delle conoscenze relative alla loro disciplina, la psichiatria italiana ha trovato ormai una sua collocazione precisa e legittimata sia come sapere specialistico all'interno della medicina, sia come istituzione di supporto alla società borghese del tempo aderendo alle necessità organizzative ed amministrative del nuovo Stato, interessato alla gestione e al controllo della devianza sociale in tutte le sue diverse forme (mendicizia, alienazione, criminalità...)<sup>24</sup>.

---

<sup>24</sup> Ricordiamo alcune tappe importanti nel processo di costituzione della psichiatria scientifica in Italia: il 2 febbraio 1852 vede la luce l' "Appendice Psichiatrica" prima rivista di psichiatria nazionale, trasformatasi nel 1864 nell' "Archivio Italiano per le malattie nervose e più particolarmente per le alienazioni mentali" che durerà fino al 1891, anno della fusione con la "Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale"; nel 1873 nel corso dell'XI Congresso degli Scienziati Italiani viene creata la Società Freniatria Italiana che diventa l'organo istituzionale di tutta la psichiatria italiana che proseguirà poi con l'attuale Società Italiana di Psichiatria. Per una trattazione più completa si rimanda a V.P. Babini, M. Cotti, F. Minuz, A. Tagliavini, *Tra sapere e potere. La psichiatria italiana nella seconda metà dell'Ottocento*, il Mulino, Bologna, 1982; F. Giacanelli, *Appunti per una storia della psichiatria italiana*, in K. Dorner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, Laterza, Bari, 1975; G. Jervis, *Manuale critico di psichiatria*, Feltrinelli, Milano, 1988. Per un bilancio completo degli studi di psichiatria in Italia si veda P. Guarnirei, *La storia della psichiatria. Un secolo di studi in Italia*, Olschki, Firenze, 1991. Per una trattazione più generale della storia della psichiatria si rimanda invece a G. Zilboorg e G.W. Henry (1941), *Storia della psichiatria*, Feltrinelli, Milano, 1963; E. Shorter (1997), *Storia della*

Di fronte al comportamento deviante il giovane Stato non ricerca le cause sociali ma tende automaticamente ad inserirlo all'interno dell'ideologia medica o di quella giudiziaria che riescono a contenerlo, spiegarlo e controllarlo. Il tutto giustificato dalla presunta "pericolosità" del soggetto deviante.

L'articolo n.1 della legge n.36, *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati*, del 14 febbraio 1904 così recita: "*Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo e non siano e non possono essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi*"<sup>25</sup>

L'articolo indicando la "pericolosità" e il "pubblico scandalo" come elementi che giustificano il ricovero, porta esplicitamente l'attenzione sull'individuo e sulle ripercussioni che il suo comportamento può avere nel contesto sociale. Si delinea così un rapporto unilaterale di causa-effetto in cui l'agire del soggetto deviato occupa sempre la posizione di "causa".

Inoltre, il comportamento deviante viene riconosciuto in relazione ad una condotta ritenuta "regolare". Ciò determina una scissione tra ciò che è considerato "normale" e ciò che non lo è. L'ulteriore definizione psichiatrica, attraverso l'etichettamento diagnostico, porterà all'isolamento e alla reificazione del soggetto deviato identificato alla stessa malattia.

Nel testo dell'articolo, inoltre, risulta interessante la ripetizione di una espressione "*custodite e curate*" che sembra rimandare proprio alla doppia funzione dell'intervento psichiatrico. Quella "*doppia faccia*" della psichiatria di cui parla G. Jervis facendo riferimento proprio alla doppia tendenza del paradigma

---

*psichiatria*, Masson, Milano, 2000; H.F. Ellenberger, *La scoperta dell'inconscio*, Boringhieri, Torino, 1976.

<sup>25</sup> L. 14 febbraio 1904, n.36, in "Gazzetta Ufficiale", 22 febbraio 1904.

psichiatrico teso, da una parte, a “curare e reintegrare”, dall’altra a “custodire e difendere”<sup>26</sup>. K. Dorner nel “Il borghese e il folle” si chiede “*se la psichiatria sia più scienza dell’emancipazione o più scienza dell’integrazione, vale a dire se miri più a emancipare coloro che soffrono psichicamente o a disciplinare la società borghese*”<sup>27</sup>. Probabilmente è l’una e l’altra cosa insieme, è sia scienza che istituzione borghese.

La psichiatria offre “scientificamente” un sostegno istituzionale alla società borghese che, a sua volta, consente la legittimazione della psichiatria quale pratica sociale di controllo e gestione della devianza.

Il sapere psichiatrico si rende operativo attraverso la costruzione dello specialista. Il medico psichiatra appare come un personaggio che assume nello stesso tempo atteggiamenti filantropici, scientifici e di controllo sociale. La legge sui manicomi del 14 febbraio 1904 sancirà il definitivo riconoscimento di questa figura professionale.

Foucault parla di “*apoteosi del personaggio medico*”, che riesce a gestire la follia non perché la conosce ma perché la domina.<sup>28</sup>

In realtà, la posizione del medico psichiatra è apparentemente “comoda”. Il forte/fragile potere che sembra mostrare è il prodotto di una costruzione artificiosa e tragica che il mistero e il “sapere della follia”<sup>29</sup> continuamente tendono a scardinare evidenziandone la profonda inconsistenza.

---

<sup>26</sup> G.Jervis, cit., pag.42.

<sup>27</sup> K. Dorner, cit., pag.

<sup>28</sup> M. Foucault, *Storia della follia nell’età classica*, BUR, Milano, 2001, pag. 431.

<sup>29</sup> Questa espressione è di M. Foucault: “*La follia affascina perché è sapere. Essa è sapere, in primo luogo, perché tutte quelle figure assurde sono in realtà gli elementi di un sapere difficile, chiuso, esoterico*”, in “*Storia della follia nell’età classica*, cit., pag.27.

Alle lucide argomentazioni teoriche proposte dagli psichiatri dell'epoca nelle loro pubblicazioni scientifiche si contrappone una pratica clinica, come quella manicomiale, in cui il medico faticosamente esprime la sua professionalità.

L'analisi delle cartelle cliniche, strumento dell'amministrazione della follia e memoria dell'ospedale, mostra l'ambigua posizione del medico psichiatra.

La cartella clinica è un documento molto importante perché rappresenta il nucleo intorno a cui si articolano le vicende dei vari personaggi coinvolti. E' una sorta di "canovaccio teatrale" su cui si declinano storie "nuove" organizzate intorno ai tre fondamentali momenti del percorso manicomiale: le vicende che portano al ricovero, la permanenza nell'ospedale e infine le varie possibilità di esito del ricovero.

In questa ricerca sono state esaminate 1000 cartelle di uomini e donne internati nelle "Reali Case dei Matti" di Aversa, nel periodo compreso tra il 1880 e il 1920<sup>30</sup>. L'organizzazione e la catalogazione di questo materiale documentario non sono state ancora avviate, pertanto le cartelle risultano raggruppate casualmente in faldoni e molto spesso non tutti i documenti previsti risultano presenti<sup>31</sup>.

Particolare attenzione è stata rivolta al "formulario" prestampato che il medico curante era tenuto a compilare al

---

<sup>30</sup>Ho consultato 800 cartelle cliniche di donne e 200 cartelle cliniche di uomini internati. Questo notevole scarto nella selezione delle cartelle cliniche è spiegabile con un personale, iniziale, interesse per la declinazione femminile della follia. In una fase successiva, ho selezionato le cartelle cliniche di uomini ricoverati per specifiche patologie (l'alcolismo ed epilessia) che ritenevo potessero offrire ulteriori spunti di riflessione.

<sup>31</sup> Il Centro Ricerche sulla Psichiatria e le Scienze Sociali "*Le reali case dei matti*", con sede presso l'Archivio storico dell'ex Ospedale psichiatrico "Santa Maria Maddalena" di Aversa, è impegnato attualmente al riordino dei documenti amministrativi.

momento dell'invio in manicomio dell'ammalato e alla "scheda" redatta dal medico psichiatra all'atto dell'ammissione<sup>32</sup>.

Si tratta di due documenti sanitari interessanti perché tendono a stabilire un rapporto di continuità tra un "prima" e un "dopo" nell'esordio della malattia mentale. Sono documenti redatti da due professionisti, il medico condotto e il medico psichiatra ospedaliero, che svolgono funzioni diverse<sup>33</sup>.

Il medico condotto, considerando la provenienza proletaria e soprattutto contadina della popolazione manicomiale<sup>34</sup>, lo possiamo identificare con il "medico di campagna" che, come sostiene G. Cosmacini, "in un contesto di tipo più paleopedagogico che neoscientifico, dispensava "consigli e conforti" in base più all' "occhio clinico" che allo steteoscopio, si integrava alla mentalità dei suoi assistiti"<sup>35</sup>.

Il "formulario" con le sue domande guida l' "occhio clinico" del medico. Esso consta di quattro sezioni:

- i dati anagrafici (generalità, stato civile, grado di istruzione, occupazione);
- malattie somatiche che hanno preceduto lo "sconcerto mentale" (in particolare si invita il medico curante a rilevare eventuali *malattie nervose, lesioni traumatiche al*

---

<sup>32</sup> L'art.52 dello Statuto Organico del Manicomio di Aversa

<sup>33</sup> Per una descrizione accurata della situazione sanitaria italiana tra Ottocento e Novecento si veda G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Laterza, Roma-Bari, 1987.

<sup>34</sup> Si veda a questo proposito: G. Gorni, *Malattia mentale e sistema. L'istituzione manicomiale italiana dalla fine del Settecento agli inizi del Novecento*, in "Classe", 15, 1978, pp. 193-223 e A. De Bernardi, *Malattia mentale e trasformazioni sociali*, in "Follia, psichiatria e società. Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia moderna e contemporanea", Angeli, Milano, 1982, pp. 11-32.

<sup>35</sup> G. Cosmancini, *Medici nella storia d'Italia*, Laterza, Roma- Bari, 1996, pag.70.

*capo, sifilide o malattie degli organi genitali, segni di alcolismo, anemia, tifo o pneumonia);*

- *predisposizioni o occasioni* che hanno determinato il disturbo mentale;
- “status praesens” dell’ammalato, diagnosi e prognosi.

Il terzo punto, quello più complesso, va ad indagare la storia dell’ammalato per individuare eventuali tendenze patologiche all’interno della famiglia di origine.

Si noti che è considerato “*vizio di famiglia*” predisponente alla malattia mentale: *la follia, l’epilessia, l’isteria, le nevralgie, l’alcolismo, la criminalità, il sordomutismo, la debolezza di spirito, l’eccentricità, i morbi diatesici*<sup>36</sup>.

L’indagine riguarda poi il comportamento individuale e la condotta morale: “*Si indichi come siasi nel malato estrinsecata la vita sessuale e se abbia in ciò trasgredito le leggi naturali (onanismo)*”, “*Potendo la predisposizione alla follia trovarsi nel carattere morale s’invita a delinearlo*”; “*Quali furono le inclinazioni predominanti dello infermo, e quali le sue occupazioni e passioni favorite*”, “*Come si contenne l’individuo nei rapporti religiosi*”, “*come si comportò nella famiglia e come nella società*”, “*A quali cagioni si deve maggiormente attribuire l’attuale malattia*”...<sup>37</sup>

Le risposte date dai medici condotti ai quesiti risultano nella maggioranza dei casi molto scarse e superficiali rispetto all’articolazione delle domande. Parole come “*normalmente*”, “*bene*”, “*ha goduto sempre di buona salute*” sono molto frequenti.

Maggiore spazio viene dato invece alla descrizione della manifestazione della malattia. E’ possibile che questi medici,

---

<sup>36</sup> Archivio sanitario, Cartelle cliniche.

<sup>37</sup> Archivio sanitario, Cartelle cliniche.

più vicini alla famiglia, abbiano avuto modo di raccogliere informazioni dall'ammalato stesso o dai parenti: in questa fase, quindi, sembrerebbe che ci sia ancora un po' di "spazio" per il soggetto, per la sua storia, per il suo punto di vista. Per il medico condotto si tratta di un "suo" assistito con cui ha un rapporto personale più diretto.

Mariagrazia A. viene ricoverata nel manicomio di Aversa il 29 settembre 1898. Ha quaranta anni, è una "donna di casa", sa "appena leggere e scrivere" ed è "coniugata con prole".<sup>38</sup> La sua storia la conosciamo attraverso le parole del medico condotto, Chiaiano Alessandro, che oltre a rispondere ai quesiti del formulario previsto dall'articolo 52 dello Statuto Organico del Manicomio di Aversa, si premura di redigere una relazione di suo pugno in cui racconta in maniera più estesa le vicende di questa donna e della sua famiglia, ricostruendo il percorso compiuto per tentare di fronteggiare il disagio psichico con gli strumenti disponibili all'epoca.

L'analisi dei documenti evidenzia subito una sottile ma significativa divergenza tra ciò che il medico condotto scrive circa l'esordio della malattia sul formulario e sulla relazione.

Nel primo caso, alla domanda "*Quando e come si manifestarono i primi fenomeni della malattia?*" il medico risponde: "*Nel 1884 sviluppavasi la follia a causa di esagerata apprensione e minacciato allontanamento del fidanzato, per cui commetteva atti irregolari, fino a voler uscire di casa con sola camicia, dicendo di volere andare in quella ove precedentemente avea avuto convegno col fidanzato stesso*"<sup>39</sup>. Nella breve risposta

---

<sup>38</sup> Archivio sanitario, Cartelle cliniche, Maria Grazia A. – 1898.

<sup>39</sup> Archivio sanitario- Cartelle cliniche, Mariagrazia A. 1898.

l'accento è posto sull'"*esagerata apprensione*" e sugli "*atti irregolari*", elementi congeniali al discorso psichiatrico.

Il medico condotto sembra allinearsi alla logica psichiatrica: in quel momento è anche lui investito di un potere conferitogli dalle "precise domande" del *formulario*.

Inoltre, nell'*avvertenza* al formulario il Direttore del Manicomio "*fa viva istanza agli on. Colleghi affinché si compiacciano di rispondere nel modo più accurato e preciso, che sarà loro concesso alle su espresse indicazioni. Trattandosi di malati che non hanno conoscenza di sé, né della loro malattia, è necessario che i medici locali, col loro buon volere e sapere, aiutino i Medici curanti del Manicomio ad intraprendere quella cura razionale, che non può farsi se non con la piena conoscenza di tutti i dati anamnestici prossimi e remoti*"<sup>40</sup>.

L' "invito" del Direttore, nella sua apparente semplicità, enfatizza i punti salienti del discorso psichiatrico: necessità di delineare la figura del malato mentale colmando così una presunta "*non conoscenza di sé e della loro malattia*" da parte dei soggetti folli; esigenza di combinare il "*buon volere e sapere*" dei medici curanti al "*sapere*" dei medici psichiatri per realizzare "*quella cura razionale*" possibile solo attraverso la "costruzione" di un corpo (del soggetto, dei familiari) che ha in sé i segni della follia.

Nella relazione il medico condotto, tentando forse di sganciarsi da i vincoli del formulario, offre una descrizione più completa della situazione: Mariagrazia è stata "*promessa sposa senza alcuna contrarietà da parte dei parenti*". Dalla cartella si rileva che Mariagrazia proviene da una famiglia "*piuttosto agiata*" e quindi è possibile ipotizzare che per poter andare a nozze la ragazza necessitava di una dote.

---

<sup>40</sup> Archivio sanitario- Cartelle cliniche, *Formulario da redigersi dal Medico proponente il ricovero di un malato nel Manicomio di Aversa.*

*“Però passava il tempo e non si stabiliva mai il giorno delle nozze, poiché quelli di sua famiglia per ristrettezze finanziarie cercavano di menare a lungo il dì degli sponsali fino ad esasperare il povero fidanzato che un bel giorno si licenziò dalla casa dell’inferma, dichiarando di non volere sapere più del matrimonio”.<sup>41</sup>*

Viene a delinearsi un quadro in cui il comportamento “deviante” di Mariagrazia appare come una forma di ribellione ad una intollerabile decisione familiare.

Forse la famiglia era incapace di dare una dote adeguata? E il “povero fidanzato” era solo alla ricerca di una dote? Non abbiamo elementi per rispondere a queste domande. Sappiamo che nell’Ottocento all’interno delle famiglie sia aristocratiche, contadine o borghesi, il matrimonio rappresentava un evento molto importante soprattutto sul piano economico<sup>42</sup>. D’altra parte il comportamento del fidanzato sembra essere “poco rassicurante” sul piano affettivo e Mariagrazia si sarà forse sentita “poco amata”. Probabilmente l’amarezza e il dolore per le aspettative deluse avranno forse trovato facile dimora nella fragile struttura psichica della giovane donna.

---

<sup>41</sup> Archivio sanitario – Cartelle cliniche, Mariagrazia A. 1898.

<sup>42</sup> Secondo P. Macry, *“spesso gli scambi di beni che avvengono attraverso i matrimoni sono più importanti di quelli che avvengono attraverso le compravendite sul mercato. Le strategie familiari per ottenere (da parte della famiglia dello sposo) doti proficue o per recuperare (da parte della famiglia della sposa), attraverso successivi matrimoni incrociati, le doti sborsate sono l’indice di problemi pressanti ma anche della capacità di escogitare comportamenti adeguati al bisogno.”* in *“La società contemporanea*, Il Mulino, Bologna, 1992, pag.133.

Mariagrazia *“cominciò a non essere più quella di prima, cambiò completamente d’umore, cominciò a mostrarsi taciturna per delle giornate intere, rifiutando cibo...”*<sup>43</sup>.

Di fronte a tali comportamenti si decide per la “terapia ideale”, il matrimonio<sup>44</sup> che viene celebrato *“senza incidente alcuno. Così pure passarono i primi anni della vita coniugale senza che l’inferma avesse fatto notare stranezze alcuna sia come moglie che come madre”*<sup>45</sup>.

Ben presto però la sofferenza psichica di Mariagrazia torna a manifestarsi: *“cominciò di bel nuovo a mostrarsi taciturna, irridente, apatica, a rifiutarsi di occuparsi di accudire alle ordinarie faccende domestiche, fino a giungere che l’esplicazione della sua vita man mano non consistette in altro che nell’alzarsi il mattino, portarsi in cucina, sedersi in un punto e passare quivi l’intera giornata senza profferire parola, rosicchiandosi le unghie”*<sup>46</sup>. La ragazza viene rispedita a casa dei genitori.

Dopo qualche tempo si opta per un ricongiungimento dei coniugi e *“la riunione venne effettuata mercè un viaggio al santuario di Loreto, durante il quale i rapporti tra loro furono*

---

<sup>43</sup> Archivio sanitario- Cartelle cliniche, Mariagrazia A. 1898.

<sup>44</sup> Nel corso del XIX secolo si riteneva che la vita della donna fosse fisiologicamente legata alla funzione sessuale, quindi ogni manifestazione psicopatologica femminile era associata ad una deviazione o ad una insoddisfazione di tale attività. In base a questa concezione, il matrimonio rappresentava uno sfogo erotico autorizzato. Per una trattazione completa si rimanda a G. Roccatagliata, *L’isteria, il mito del male del XIX secolo*, Liguori, Napoli, 2001.

<sup>45</sup> Archivio sanitario- Cartelle cliniche, Mariagrazia A. 1898.

<sup>46</sup> Ibidem.

*cordialissimi e non ebbe a verificarsi alcuna stranezza nel suo modo di comportarsi*<sup>47</sup>.

Possiamo ipotizzare che si trattasse di un vero e proprio pellegrinaggio forse per tentare quella “cura d’anime” che spesso i sacerdoti praticavano attraverso la confessione<sup>48</sup>.

Ma il percorso di Mariagrazia non è ancora concluso: *“Approfittando della presenza in questo santuario di un medico bolognese, fu fatta visitare da questi e venne messo giudizio essere dipendenti i disturbi mentali patiti da malattia uterina che aveva bisogno per la guarigione di un raschiamento della mucosa endouterina*”<sup>49</sup>. La causa del malessere di Mariagrazia è quindi ricercata in una presunta patologia dell’utero su cui è necessario intervenire per ristabilire l’equilibrio. Per il medico bolognese i sintomi isterici manifestati dalla giovane donna sono determinati da un utero vagolante e mal funzionante che produce una “congestione cerebrale”.

Nel corso del XIX secolo la scienza medica si era interrogata sulla natura uterina o cerebrale della malattia mentale femminile e il dibattito coinvolse psichiatri e ginecologi. Questi ultimi sottolineando il rapporto tra apparato genitale e psicopatologia femminile, tendevano a proporre la cura ginecologica prima di qualsiasi intervento di natura psichiatrica<sup>50</sup>.

---

<sup>47</sup> Ibidem.

<sup>48</sup> Riguardo a queste forme religiose di guarigione, si rimanda a H.F.Ellenberger, *La scoperta dell’inconscio. Storia della psichiatria dinamica*, Boringhieri, Torino, 1976.

<sup>49</sup> Archivio sanitario- Cartelle cliniche, Mariagrazia A. 1898.

<sup>50</sup> A questo proposito risulta interessante la polemica tra il medico-ginecologo Luigi Maria Bossi (1859-1919) e i maggiori psichiatri del tempo di cui parla estesamente A. Tagliavini nel saggio *“Il fondo oscuro dell’anima femminile”* in V.P.Babini, F.Minuz, A.Tagliavini, *La*

Non sappiamo se Mariagrazia fu sottoposta all'intervento ginecologico. E' da notare però che all'ammissione nel manicomio il medico psichiatra annota: *"Isterica. Ogni volta che ha sgravato pare avesse perduto più sangue dell'ordinario e l'utero è sempre stato torpido nella sua evoluzione"*<sup>51</sup>.

Il medico curante riporta che al ritorno dal viaggio al santuario la donna *"riprese le sue occupazioni domestiche come se nulla fosse mai stato, ma tale benefica (per chi?) condizione non fu che fugace"*. Mariagrazia cominciò nuovamente a manifestare il proprio disagio questa volta rifiutandosi *"decisamente di giacere col marito tanto che questi potè solo dietro grandi insistenze piegarla qualche volta, ma soltanto di giorno"*<sup>52</sup>.

A quel punto la famiglia decide di *"condurla a Napoli per farla visitare dal Prof. Bianchi per una energica e opportuna cura"*<sup>53</sup>. L'illustre psichiatra formula diagnosi di *"malinconia con delirio"* e consiglia: *"Si tenga in campagna in luogo isolato lontana dalle persone di famiglia e ben sorvegliata. Si badi specialmente alla possibilità del suicidio o di raptus con impulsi che potrebbero riuscire di grave pericolo specialmente alle persone di famiglia a causa del contenuto delirante. Accentuandosi i fatti che l'inferma*

---

*donna nelle scienze dell'uomo*, Franco Angeli, Milano, 1989. Per una più generale spiegazione medica dell'isteria si rimanda oltre al già citato G.Roccatagliata, 2001, a V.Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Marsilio, Venezia, 2002 e P.B.Pesce, *Un corpo oscuro. Storie cliniche e percorsi di ammissione al manicomio di Palermo (1890-1902)*, in *Genesis*, II/1, 2003, Viella, Roma, pp.91-122.

<sup>51</sup> Archivio sanitario- Cartelle cliniche, Mariagrazia A. 1898.

<sup>52</sup> Ibidem.

<sup>53</sup> Ibidem.

*presenta attualmente siasi necessario di chiuderla in una casa di salute*<sup>54</sup>.

Il parere specialistico di Leonardo Bianchi spodesta definitivamente la famiglia che risulta inadeguata alla gestione della malattia, rinforzando così tra la famiglia e Mariagrazia quel processo di estraneamento e di rottura che il ricovero manicomiale poi sancirà definitivamente.

Passarono altri due anni *“con qualche fugace periodo di calma soltanto”* fino a che *“le sue condizioni mentali divennero tali da essere costretti tutti di famiglia a farla ricoverare in codesto stabilimento”*<sup>55</sup>.

Il manicomio si *“prenderà cura”* dell’ *“irrequieta e sitofoba”* Mariagrazia e stabilirà che la sua follia è il prodotto di una familiarità patogena: *“una zia paterna pazza, il padre paralitico, una sorella isterica ed un fratello ha sofferto di un tremore nervoso”*<sup>56</sup> !!

Il 7 dicembre 1913 il Direttore del Manicomio di Aversa riceve la lettera di tal Luigi Nasci, Presidente del Consiglio provinciale di Chieti, che chiede notizie di una sua *“lontana parente, la signora A. Mariagrazia, una folle, che mi assicurano presentemente tranquilla e verso la quale le pazienti ed amorevoli cure possono attenuarne le sofferenze, se non determinarne la guarigione”*. Nella sua lettera Luigi Nasci esprime il desiderio di poterla visitare *“per vedere se sia il caso di prendere qualche provvedimento a di lei riguardo”* e si raccomanda affinché le siano usate *“le maggiori attenzioni sia in quanto al vestiario come per il dormire, facendola passare al piano superiore dove pare*

---

<sup>54</sup> Ibidem.

<sup>55</sup> Ibidem.

<sup>56</sup> Ibidem.

*che i folli siano meglio trattati forse per le loro particolari condizioni*<sup>57</sup>.

Dopo quindici anni la famiglia riprova a stabilire un contatto con Mariagrazia. Purtroppo, invano. E' questa la risposta del Direttore del Manicomio di Aversa: *"Porgo riscontro alla S.V. Ill. ma informandola che l'inferma A. Mariagrazia è in una condizione demenziale: non si interessa di nulla, vive vita completamente apatica. Le condizioni fisiche sono deperate. Con osservanza"*<sup>58</sup>.

La storia di Mariagrazia ci ha consentito di ricostruire l'iter di un comportamento deviante, da aperta ribellione a definita malattia mentale. E' questo comportamento, su cui si appuntano gli sguardi e i discorsi dei familiari e dei vari medici, a fare da protagonista. Di Mariagrazia resta solo il suo silenzio.

Abbiamo visto come la famiglia rappresenti un agente determinante il ricovero manicomiale. La famiglia inoltra una richiesta *a favore* di un proprio congiunto. L'intervento psichiatrico con il suo apparato scientifico e nosografico, accogliendo questa istanza, accetta di fatto ciò che la famiglia rifiuta. Tra l'*istituzione* familiare e l'*istituzione* manicomiale si viene a creare un particolare sistema relazionale di interscambio in cui il discorso familiare e il discorso psichiatrico trovano reciproco sostegno.

Se si considera la famiglia come *sistema relazionale aperto*, costituito da più unità legate insieme da regole di comportamento e da funzioni dinamiche in costante interazione tra loro e interscambio con l'esterno, allora il disagio psichico individuale con il suo carico di *stranezze* e di comportamenti

---

<sup>57</sup> Ibidem.

<sup>58</sup> Ibidem.

devianti sembrerà minacciare l'equilibrio stesso del sistema<sup>59</sup>. La richiesta di ricovero si configura come il tentativo di mantenere tale equilibrio attraverso la *designazione* dell'individuo portatore del comportamento deviante.

La successiva diagnosi e l' *etichettamento* di malato mentale offrirà un'ulteriore conferma.

E' come se il discorso familiare trovasse piena attuazione nel discorso psichiatrico che, a sua volta, ricercherà proprio nella famiglia le *tracce* del comportamento psicopatologico e giustificherà l'internamento manicomiale sostenendo l'impossibilità della famiglia a gestire la malattia mentale<sup>60</sup>.

Le motivazioni familiari al ricovero del parente possono essere diverse: dall'*onorabilità* e dal *prestigio* familiare sino a motivazioni di ordine *pratico-utilitaristiche*. Certamente vanno tenuti in debito conto anche la sofferenza, la difficoltà a comprendere e il sentimento di impotenza che i familiari provano nei confronti del parente portatore del disagio psichico. Sentimenti questi che possono spingere il familiare a chiedere l'intervento medico e il successivo ricovero manicomiale.

D'altra parte l'etichettamento diagnostico sembra offrire ai familiari il "conforto" legato alla convinzione che quel

---

<sup>59</sup> L'approccio sistemico-relazionale alla psichiatria offre una lettura diversa del disagio psichico, inteso non solo come espressione della sofferenza individuale, ma in quanto espressione di relazioni familiari patologiche. Si rimanda a S.Minuchin, *Famiglie e terapie della famiglia*, Astrolabio, Roma, 1976; M.Andolfi, C. Angelo, P.Manghi, A.M. Nicolò Corigliano, *La famiglia rigida*, Feltrinelli, Milano, 1982. Un interessante studio delle relazioni interne alla famiglia è quello classico di R.D. Laing, *L'io e gli altri. Psicopatologia dei processi interattivi*, Sansoni, Firenze, 1969.

<sup>60</sup> M. Foucault, *Il potere psichiatrico*, Feltrinelli, Milano, 2004.

comportamento così “strano”, così fuori dalle regole comuni che il congiunto manifesta, non è altro che una “malattia”.

Achille S., giovane calzolaio di 18 anni, viene ricoverato il 15 aprile 1898 nel manicomio di Aversa per convulsioni epilettiche<sup>61</sup>. L'epilessia è una condizione patologica cronica del cervello che si manifesta clinicamente attraverso crisi più o meno ricorrenti. Al carattere magico attribuito al “male” epilettico si erano aggiunte le riflessioni di Lombroso che individuava il “*tipo epilettico*” e considerava l'epilessia come la base della “*delinquenza nata*”<sup>62</sup>.

Ad Achille viene fatta diagnosi di *frenosi epilettica*, confermata da “evidenti” *marche degenerative*: “*orecchie un po' asimmetriche e leggermente ad ansa, un po' ampio l'angolo mandibolare, arcate sopraorbitarie un po' sporgenti*”. Il medico annota che “*all'età di 13 anni scarsamente alimentato, sentì indebolirsi gradatamente e fu colto da convulsione in mezzo alla pubblica strada, dove lavorava come bracciante e nel cadere fu contuso da una pietra che trasportava. Questo fu l'inizio delle manifestazioni epilettiche*”. E aggiunge che Achille fu “*sempre ribelle in famiglia ed in società*”. Per la cura viene proposto “*un po' di bromuro ed igiene*”...<sup>63</sup>

La richiesta di ricovero è accompagnata da una lettera del dr. Bartolomucci che, raccomandando il suo paziente al direttore, allega anche una lettera scritta l'11 gennaio 1898 dell'illustre prof. L. Bianchi.

---

<sup>61</sup> Archivio sanitario- Cartelle cliniche, Achille S., 1898.

<sup>62</sup> C. Lombroso (1889), *L'uomo delinquente in rapporto all'antropologia, alla giurisprudenza ed alle discipline carcerarie*, in Scritti scelti, op. cit. pp.565-568.

<sup>63</sup> Archivio sanitario – Cartelle cliniche, Achille S., 1898.

*“Caro Bartolomucci, il prof. Virgilio non avrà nessuna difficoltà di accogliere l’ammalato di cui mi parlaste nel suo Manicomio, tanto più che questi si è reso un po’ noioso per i forti attacchi epilettici di cui è preso sovente...Posso assicurarvi che il Prof. Virgilio cura sempre e con grande amore i suoi ammalati, ma poiché desiderate una mia raccomandazione, potrete presentare al Prof. Virgilio questa lettera stessa, e senza dubbio egli prenderà del vostro e del mio raccomandato la maggiore cura. Abbiatevi i miei più cordiali saluti e credetemi. Vostro Leonardo Bianchi”<sup>64</sup>.*

Sembrerebbe che per Achille non ci sia altra possibilità al di fuori dell’internamento. Eppure da una lettera del giovane, rinvenuta in cartella, si rileva una situazione diversa in cui la motivazione al ricovero sembra rientrare in un progetto familiare di emigrazione in America.

Il 5 maggio 1898 Achille scrive al padre:

*“Caro padre, ti scriva questo biglietto per farti sapere che io qua sto mezzo ai pazzi che io non posso stare un poco in grazia di Dio...Ti prego di venirmi apprendere che io qua non ci voglio stare... Se voi avete l’idea dandare in america io mi sto a lavorare con il nostro fratello cugino Norberto. Così te ne vai e quando poi fai ritorno io mi trovo come un giovane imbadato e io lavoro e tu fai una buona vecchiaia e sempre io ci penza per voi per che qua non manco guarisce... Caro padre ti prego di venire mo proprio a momento che io sto più morto che vivo...Ti bacio la mano e sono tuo affezionatissimo figlio. Achille S.”<sup>65</sup>.*

Achille con le sue convulsioni epilettiche non è “idoneo” al lavoro e non può partire per l’ America insieme al padre per raggiungere l’altro fratello Saverio già emigrato.

Achille comincia la sua difficile carriera di internato. Le annotazioni del medico sul diario clinico lo descrivono come

---

<sup>64</sup> Ibidem.

<sup>65</sup> Ibidem.

*“petulante e molesto”, “facilmente attaccabrighe con i compagni e anche con gli infermieri, per cui diventa intollerabile”. E ancora, “è uno dei malati più molesti di questa sezione. Facile accusatore, pretenzioso specialmente per lo stimolo del tabacco, di cui chiede quotidianamente di essere fornito. E’ però facilmente arrendevole e facilmente si acqueta ad una promessa, pur senza vederla sempre soddisfatta. Umile e docile nelle apparenze esteriori del contegno, specie col medico, è irruente e minaccioso col personale di custodia che volentieri calunnia. Stimolato è pronto a reagire con vie di fatto, rivelando l’insensibilità e l’impulsività connaturata col carattere epilettico”; “il suo contegno è più impulsivo, più traditore di prima. Disgustato dalla vita dice sempre di voler morire”; “Non è un malato pel quale siano necessari frequenti registrazioni perché sul suo conto non si raccolgono che identiche e monotone manifestazioni. L’istintività impulsiva connessa col carattere epilettico e colla frenestesia che lo accompagna. Sotto parvenze umili e dimesse nasconde sempre il poco rispetto che ha della persona e delle cose altrui. Non ubbidisce, nei suoi atti, che al cieco egoismo ed è perciò che rappresenta un elemento stabile nella sala di sorveglianza. Si impongono per lui spesso i mezzi coercitivi”<sup>66</sup>.*

Il 28 dicembre 1904 il fratello Saverio scrive da New York ad Achille: *“Caro fratello Achille, sono scorsi ben 10 anni dacchè ti lasciai a S. Salvatore, e dall’ora non ti ho più veduto, costretto io così a star lontano dai miei per guadagnare e sostenere la vita infame. Avevo io deliberato di venire a trovare te e nostro padre questo inverno, ma pensando che dovevo sciupare tanta moneta pel viaggio, che io ho guadagnato a vero pericolo di vita, ho smesso la partenza e invece ti scrivo. Vorrei che mi facessi sapere minutamente a che stato ti trovi con la tua malattia e come passi*

---

<sup>66</sup> Ibidem.

*la vita...Ti accludo un biglietto il quale ti prego portarlo a nostro padre non appena lo vai a trovare...”<sup>67</sup>.*

Si ha l'impressione che il fratello Saverio non conosca la reale condizione di Achille.

Dalla lettera che Saverio scrive al padre apprendiamo che il genitore, dopo un periodo trascorso in America, era ritornato al suo paese: “... io ebbi piacere vedervi partire per l'Italia giusto perché credeva che vi avreste potuto rimettervi in salute...”. Achille resta in manicomio dove muore il 2 maggio 1906 “per esaurimento da colite ulcerosa” dopo, come annota il medico, “2965 giornate consunte”<sup>68</sup>.

Analoga situazione per Maria B., ricoverata nel 1922, all'età di 46 anni “maritata con figli”<sup>69</sup>. Dalla cartella clinica non si ricavano notizie più dettagliate sulla storia di questa donna.

Al momento del ricovero il medico scrive: “*affetta da epilessia con accessi convulsivi motori che si appalesano di tanto in tanto*”. Questa volta è la madre a scrivere al direttore rivendicando la libertà della figlia “ingiustamente” ricoverata dietro richiesta del genero:

*“Domando scusa se mi permetto di scrivere direttamente a Lei o Egregio Signor Direttore, ma avendo in questo manicomio mia figlia Maria e non essendo questa pazza di mente, pregherei la S.V. Ill.ma che le facesse fare una visita da un medico e da questa risulterà quanto il mio dire...”*

*E' una madre che intercede per sollevare il sacrificio che le fu imposto a mia figlia dal marito stesso, essendo essa come saprà sofferente di epilessia, ma con tutto questo non si può ammettere quello di condannare mia figlia in un Manicomio avendo tutte le*

---

<sup>67</sup> Ibidem.

<sup>68</sup> Ibidem.

<sup>69</sup> Archivio sanitario- Cartelle cliniche, Maria B., 1922.

*sue facoltà mentali e Lei pure dopo una visita alla sofferente non potrà certo trattenere in Manicomio una persona che non è pazza e che nelle sue lettere sia a noi genitori che alle sue amiche intercede di levarla da quel reclusorio che è molto stanca...<sup>70</sup>.*

Interrogandosi sull'effettiva necessità del ricovero manicomiale per la figlia affetta da epilessia, la madre di Maria sembra proporre una differente concezione familiare della malattia. Gli attacchi epilettici di cui soffre la figlia, pur essendo fonte di preoccupazione e di disagio, appaiono accettati dal sistema familiare che forse, come in tanti casi avviene, mette in atto strategie tese ad una equilibrata gestione "domestica", privata, della malattia. Inoltre, sottolineando la volontà del genero al ricovero della figlia, sembra polemizzare con il concetto di "supremazia maritale" ancora fortemente presente in quel periodo.

Secondo l'art. 36 del Regolamento sui manicomi e sugli alienati del 16 agosto 1909 n.615, il parente che ha l'obbligo di prestare gli alimenti (in questo caso il coniuge), può richiedere il ricovero manicomiale<sup>71</sup>. La madre di Maria risulta quindi spodestata dal genero nella gestione della malattia della figlia. La richiesta di ricovero e l'ammissione in manicomio le appaiono forse come un abuso di potere, un pretesto che nasconde altre motivazioni? Sono solo ipotesi. Certamente la donna sottolinea più volte la sanità mentale della figlia e il suo rammarico per un provvedimento, a suo parere, ingiusto.

Anche Maria morirà in manicomio il 9 novembre 1924.

---

<sup>70</sup> Ibidem.

<sup>71</sup> Regio Decreto del 16 agosto 1909 n.615, *Regolamento sui manicomi e sugli alienati*", ASC, Prefettura di Caserta, Opere Pie, Busta 39, fasc.162.

## Capitolo secondo

*“Passai coll’infermiera un corridoio:  
sembrava dormitorio improvvisato,  
con lenzuoli del ver color di cuoio”<sup>72</sup>*

La fondazione del manicomio di Aversa nel 1813 rientra nel programma di riforme avviato nel Regno di Napoli durante il cosiddetto “periodo francese” (1806-1815)<sup>73</sup>. E’ un’istituzione pubblica che si configura immediatamente come luogo di assistenza *medica* specialistica oltre che come luogo di assistenza *sociale*. L’obiettivo principale è la *cura* dei folli, attraverso l’osservazione diretta e lo studio dell’alienazione mentale. Fa parte quindi di quella “rivoluzione ospedaliera” del

---

<sup>72</sup> Questi versi sono parte di un piccolo *librettino*, scritto da Luigia Brovelli internata nel Manicomio di Aversa dal 10 agosto 1906 all’11 aprile 1909 e pubblicato da V.D.Catapano nel saggio, *Precursori dell’antipsichiatria: Luigia Brovelli con “Il Manicomio Civile di Aversa”*, in *Giornale Storico di Psicologia Dinamica*, Vol. VI, giugno 1982, fascicolo 12, pag.60.

<sup>73</sup> Per una completa trattazione della storia del manicomio di Aversa si rimanda a V.D. Catapano, *Le Reali Case de’ Matti nel Regno di Napoli*, Liguori, Napoli, 1986.

primo Ottocento che permette la completa realizzazione del *metodo clinico* con tutto il suo apparato descrittivo e strumentale<sup>74</sup>. Un metodo clinico, quello attuato all'interno del manicomio, intimamente connesso ad un ideale *rieducativo* che trova la sua giustificazione nel "trattamento morale" riservato agli alienati<sup>75</sup>.

Il "trattamento morale" assumerà, tuttavia, nella pratica manicomiale una connotazione chiaramente disciplinare.

Nel 1805 J.E.D. Esquirol, psichiatra francese allievo di P. Pinel, sosteneva che le passioni rappresentavano la causa più comune di alienazione mentale: *"Chi ha detto che il furore è un eccesso di collera prolungato, avrebbe potuto dire con la stessa giustezza, che la mania erotica è l'amore perduto all'eccesso; la malinconia religiosa, lo zelo o il timore della religione spinto al di là dei limiti, la malinconia con tendenze al suicidio, un eccesso di disperazione prolungato. Si può dire altrettanto delle altre passioni, che rassomigliano tutte, più o meno, a una specie di alienazione..."*<sup>76</sup>. Se l'eccesso di passione determina l'alienazione, allora lo strumento di guarigione dovrà tenerne conto *"provocando una scossa morale"* che porrà il soggetto in una situazione opposta a quella precedentemente vissuta ed agita. Tale trattamento presuppone la conoscenza da parte del medico della storia del malato (o comunque un interesse in quella direzione), l'osservazione accurata del suo

---

<sup>74</sup> G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Laterza, Roma-Bari, 1998.

<sup>75</sup> In Italia il primo medico a sperimentare il trattamento morale fu Vincenzo Chiarugi (1759-1820) presso l'asilo Bonifazio di Firenze.

<sup>76</sup> M. Galzigna (a cura), Esquirol *Delle passioni considerate come cause, sintomi e mezzi curativi dell'alienazione mentale*, Marsilio, Venezia, 1982, cit. pag.73.

comportamento e un intervento psicologico diretto sul paziente in un contesto manicomiale<sup>77</sup>.

L'affollamento del manicomio di Aversa, che raccoglie i malati di tutto il Regno, non consente l'applicazione corretta di questo trattamento che ben presto degenera in una pratica basata sulla depersonalizzazione, l'emarginazione sociale e sull'uso di strumenti e mezzi di contenzione<sup>78</sup>. I direttori medici del

---

<sup>77</sup> E.Shorter, nella sua *Storia della psichiatria*, sottolinea come il termine *moral* nel contesto francese dell'Ottocento significasse *mentale* e non *morale*: questa è un'indicazione molto importante perché pone l'accento nel discorso di Esquirol su un approccio alla malattia mentale più psicologico che psichiatrico, op. cit. pag. 19.

<sup>78</sup> V.D. Catapano riporta che “*un calcolo fatto nel 1913, un secolo dopo la fondazione delle Case, indicava che mentre nel primo venticinquennio (1813-1837) le ammissioni avevano raggiunto il numero di 4.882, nel secondo (1838-1862) la cifra saliva sino al valore di 7.866; nel terzo venticinquennio (1863-1887) le ammissioni erano 8.169 e nel quarto (1888-1912) 8.325*” in op. cit. pag.84. Per la situazione italiana F.De Peri, riferendosi ad una indagine compiuta da A.Tamburini, dice: “*Nel 1881 in alta Italia, nei 18 stabilimenti pubblici, a cui si aggiungevano i sei privati, erano ospitati quasi 8700 alienati, in ragione di 82 per centomila abitanti. Nell'Italia centrale si contavano 15 manicomi pubblici e uno privato con circa 7000 ricoverati, pari a 104 per centomila abitanti. In Italia meridionale e insulare, nei 10 manicomi (5 pubblici e 5 privati) si registrava un numero molto più basso di ricoverati (circa 2600), vale a dire 23 per centomila abitanti, meno di un quarto del dato dell'Italia centrale*” in F. De Peri, *Il medico e il folle: Istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico fra Otto e Novecento*, in *Storia d'Italia, Annali, 7, Malattia e Medicina*, Einaudi, Torino, 1986, pag. 1113. Come l'Autore sottolinea questi dati saranno destinati a crescere determinando un aumento progressivo della popolazione manicomiale tale da giustificare la definizione di E.Tanzi e E. Lugaro del manicomio come un “*grandioso smaltitoio*”, in op. cit., pag.800.

manicomio più volte denunciano alla pubblica amministrazione le enormi difficoltà legate alla gestione e alla cura della malattia mentale in un contesto caratterizzato da sovrappollamento.

Già nel 1849 B. Miraglia scrive: *“Trattamento medico. Questa parte interessante della cura dell’alienazione mentale e su cui ampiamente è poggiato l’intero trattamento fisico-morale di essa, resta paralizzata nel Morotroffio atteso che la mostruosa distribuzione dei locali opponesi all’applicazione di mediche discipline che apposite e speciali il trattamento della follia richiede. A tutti questi non lievi inconvenienti si aggiunge per effetto de’ tenuissimi stipendi la mancanza d’intelligenti infermieri e custodi per la quale si rende inseguibile ogni relazione tra il medico e l’alienato. La quale relazione è indispensabile onde ottenere un savio trattamento curativo fisico-morale”*<sup>79</sup>. L’inadeguatezza dei locali è una delle cause che, secondo Miraglia, impediscono l’applicazione di un metodo terapeutico corretto.

In realtà ad Aversa sono quattro le strutture destinate alla popolazione manicomiale.

Nel 1813 il convento dei Zoccolanti sotto il titolo della Maddalena di Aversa accoglie inizialmente gli uomini provenienti dalla “pazzeria” dell’ospedale degli Incurabili di Napoli; in seguito il soppresso convento dei Cappuccini di Aversa accoglie le donne. Nel 1821 si aggiunge la Casa di Montevergine riservata alle donne e nel 1837, per ovviare agli inconvenienti derivati dall’affollamento, viene destinata al medesimo scopo la struttura di S.Agostino degli Scalzi. Tuttavia, diventa impossibile attuare quelle “opportune separazioni” che avrebbero reso terapeutico lo stesso spazio manicomiale evitando così il pericoloso “contagio morale”.

---

<sup>79</sup> B.Miraglia, *Progetto di uno stabilimento di alienati pel Regno di Napoli*, Aversa, Tipografia del R. Morotroffio, 1849, cit. pag. 6.

Per la popolazione manicomiale fu possibile attuare un'unica distinzione quella relativa al sesso. I dormitori erano organizzati per le diverse "specie" di follia, ma di giorno gli internati condividevano generalmente gli stessi spazi.

Oltre l' *infermeria* il manicomio era organizzato in *sezioni*.

Ai reparti riservati ai "pensionisti" di vario livello (1° grado-eccezionale, 1° grado, 2° grado e 3° grado), si aggiungevano la "sezione tranquilli", la "sezione semi-agitati", la "sezione agitati" e la "sezione convalescenti"<sup>80</sup>. Vedremo come il trasferimento da una sezione all'altra nella pratica manicomiale avesse un valore prevalentemente disciplinare.

Ancora le parole di Miraglia: *"Il cibo è ottimo e abbondante. Solo la dieta degli infermi di fisiche malattie ha bisogno di riforma. La più ricercata nettezza si ne' locali che nelle vesti, nelle persone e nelle suppellettili si ammira nel morotrofito: il vestire è uniforme bigio; ed ogni alienato porta su gli abiti il distintivo della specie dell' aberrazione che lo affligge. Gli abiti per la state sono buoni; ma per l'inverno troppo leggeri specialmente per le femmine (la maggior parte delle femmine essendo lurida, si rende dispendioso ed imbarazzante il vestirle di panni di lana i quali poco si prestano a farsi mondi dalle acque). Il freddo umido del clima di Aversa rende più pernicioso questa condizione; ed in vero la mortalità nell'inverno cresce proporzionalmente e molto più nelle donne atteso il gran numero di morbi reumatici"*<sup>81</sup>.

La condizione della donne internate appare quindi più problematica e *"fra le cagioni di tale sventura si scorge chiara quella della costruzione pernicioso dell'Ospizio di Montevergine dove le donne sono rinchiuso"*<sup>82</sup>.

---

<sup>80</sup> V.D.Catapano, op. cit. pag.201-202.

<sup>81</sup> B. Miraglia, op. cit., pag. 6.

<sup>82</sup> Ibidem, cit. pag.9.

L'inadeguatezza numerica del personale medico, infermieristico ed assistenziale, costituisce un ulteriore problema: *“Il servizio medico dello Stabilimento è affidato a sette medici e due chirurghi (il numero degli alienati nel Morotroffio varia generalmente a seconda delle ammissioni, degli usciti e delle morti, cioè tra maschi e femmine dai 730 agli 800). ..557 uomini alienati sono assistiti da 26 prefetti o sorveglianti, de' quali tre sono detti infermieri perché prestano il loro servizio alle infermerie. Inoltre vi si addicono pure 16 camerieri incaricati del servizio materiale interno ed esterno dello stabilimento. A Montevergine prestano assistenza a 174 alienate nove prefette e nove cameriere governate da una Ispettrice. Toltane la disciplina che regola quel servizio, in tutt'altro quello stabilimento trovasi in peggiori condizioni di quello degli uomini”*<sup>83</sup>.

La situazione diventa ancora più difficile in caso di epidemie come quella di colera del 1887 di cui testimonia il direttore Gaspare Virgilio: *“Questa volta ancora è una sola delle tre Case del Manicomio che veniva visitata dall'epidemia, e fu quella stessa di Montevergine che io sempre additai alla Commissione come la più disadatta, per l'ubicazione nel centro del paese, e come la più poco igienica per mancanza di ventilazione e di luce: quella Casa cioè che la cronaca del Manicomio ricorda quale focolaio di molte delle epidemie, che nel passato si vennero svolgendo dall'epoca della sua istallazione”*<sup>84</sup>.

Nella *Relazione sul Manicomio Civile di Aversa* del 1907, Augusto Tamburini rileva come l'affollamento costituisca ancora il problema principale: *“Purtroppo, l'affollamento che la*

---

<sup>83</sup> Ibidem, cit. pag.12.

<sup>84</sup> G.Virgilio, *Il Manicomio di Aversa durante l'epidemia colerica del 1887. Relazione al Consiglio Amministrativo*, Tipografia nell'istituto S.Lorenzo, Aversa, 1887, cit. pag. 5, Archivio di Stato di Caserta, Prefettura I serie, Sanità Pubblica, busta 32, fasc.221.

*Commissione dovè deplorare nella sua visita antecedente, non solo non è scemato, ma si è anche esasperato nell'aumentata misura di malati che da 1323 che erano nell'agosto del 1906, sono saliti, al giorno dell'ultima visita, a 1419*<sup>85</sup>.

La *Relazione* di Tamburini risulta particolarmente interessante perché sembra offrire l'immagine di una struttura manicomiale che tenta di rinnovarsi:

*"...il nuovo padiglione Virgilio destinato alle donne agitate, di cui nell'anno antecedente era arrestata la costruzione, è ora quasi ultimato ed esso potrà comodamente contenere 190 alienate. Nella succursale di S. Agostino si è trasformata la Chiesa in un grande dormitorio, al piano superiore, capace di 70 ricoverati, e un grande refettorio, al piano terreno, capace di contenere buona parte dei malati che occupano (in numero di 229) quella succursale. Si è poi finalmente provveduto all'istituzione dei Comparti d'Osservazione per uomini e per donne, utilizzando i numerosi locali a piano terreno prossimi all'ingresso al Manicomio, che erano per lo innanzi addetti a uffici dell'Amministrazione...I detti locali, convenientemente rivolti con fare di soggiorno, refettori, dormitori e camere d'isolamento, potranno contenere malati per ogni sesso e per la loro ubicazione, affatto separati dal resto del manicomio, per la loro interna disposizione e capacità, costituiscono due reparti d'osservazione veramente soddisfacenti...In tal modo si è provveduto ad un razionale collocamento di circa 300 alienati d'ambo i sessi, il che permetterà un sufficiente sfollamento degli altri reparti, e con ciò nel tempo stesso sarà eliminata, almeno per la massima parte, il grave inconveniente della mescolanza dei malati di ogni sorta, tranquilli, agitati, sudici, in osservazione, ecc., essendo ora possibile farne una più equa ripartizione e separazione*<sup>86</sup>.

---

<sup>85</sup> A. Tamburini, *Relazione sul Manicomio Civile di Aversa*, 1907, Archivio di Stato di Caserta, Prefettura 1° serie, busta 39- fasc.162.

<sup>86</sup> Ibidem.

Tamburini fa poi riferimento a nuovi progetti per la costruzione di *reparti speciali* (per alienati criminali e per le malattie infettive), di un edificio per la *Camera anatomica*, progetti per il miglioramento degli uffici medici, della biblioteca, dei laboratori scientifici... Progetti e miglioramenti anche per quanto riguarda la funzione “terapeutica” del manicomio per offrire ai malati un *maggiore sollievo morale*. “Uno dei difetti maggiormente messi in rilievo dalla Commissione era la mancanza quasi assoluta della *lavorazione pei malati che un tempo aveva in quell’Istituto un notevole sviluppo*. Ora si sta provvedendo a riattivarla con *laboratori ed officine, ripristinando intanto quelle dei calzolai, dei fabbri, dei ramai*. Si è impiantato il *panificio* ed è stato già *deliberato l’impianto della lavanderia*. Così pure per la *manutenzione degli stabili* si è già iniziato il lavoro in economia coll’opera di *infermieri e malati*... E per accrescere il lavoro agricolo, l’amministrazione sta provvedendo all’acquisto di un *fondo confinante al manicomio, in modo che il terreno destinato ai lavori agricoli, si ingrandisse di circa 4 ettari*...”<sup>87</sup>

Insomma, l’immagine di un manicomio-cantiere aperto, quasi in conformità con la nuova “ventata” di entusiasmo prodotta dalla legge nazionale sui manicomi del 1904!

Eppure, in questo “trionfo” di iniziative trovano posto anche questioni drammatiche. Ancora le parole di Tamburini: “Già nella visita antecedente la Commissione aveva dovuto deplorare l’uso troppo esteso dei mezzi coercitivi, che all’epoca di quella visita erano applicati a ben 60 alienati in media al giorno. Ora questa proporzione è notevolmente diminuita, giacchè nell’ultimo trimestre decorso il numero dei malati era sceso ad una media di 34 al giorno, corrispondente alla proporzione del 2% sulla totalità degli alienati. Tuttavia è da ritenere che coll’occupazione dei nuovi locali che permetteranno una più conveniente ripartizione e separazione delle varie categorie di malati, l’uso dei mezzi

---

<sup>87</sup> Ibidem.

*coercitivi, coll'opera assidua ed energica del Direttore e dei medici e col buon volere del personale d'assistenza, andrà sempre diminuendo fino anche a scomparire, ottemperando così anche alle disposizioni del regolamento sui manicomi che prescrive l'uso di tali mezzi soltanto in via eccezionale*<sup>88</sup>.

Colpisce l'estrema lucidità della descrizione di Tamburini. L'uso delle cifre, oltre ad offrire un sostegno statistico/scientifico probabilmente consente anche di prendere in qualche modo le distanze dal reale problema. Ma le cifre possono essere usate in molti modi. Basta eseguire semplici calcoli per scoprire che nell'anno 1906 nel manicomio di Aversa ogni mese, in media, a 1800 persone venivano applicati mezzi coercitivi, per un totale annuo di 21600 persone e che nell'anno 1907, nonostante la "notevole diminuzione" ben 1020 persone subivano un trattamento coercitivo, per un totale annuo "in media" di 12240 persone. L'effetto è completamente diverso!

Subito dopo Tamburini riporta "un altro razionale provvedimento": l'abolizione del vino dalla dieta dei malati!

La *Relazione* termina con il *compiacimento* della Commissione che esprime *la sua piena fiducia che questo istituto, che ebbe un tempo così alta e meritata fama, si avvierà sempre più a divenire un istituto modello tanto dal lato scientifico che da quello umanitario*<sup>89</sup>

Nell'arco di tempo che va dagli ultimi decenni dell'Ottocento ai primi decenni del Novecento in Italia il consolidamento della disciplina psichiatrica procede di pari passo con la sua identificazione con l'istituzione manicomiale. Il manicomio con la sua struttura imponente è l'immagine stessa della psichiatria, testimonia la sua presenza e rappresenta il suo

---

<sup>88</sup> Ibidem.

<sup>89</sup> Ibidem.

potere, lasciando trapelare, nello stesso tempo, le sue profonde contraddizioni<sup>90</sup>.

In quegli anni il grande progresso della conoscenza neuroscientifica e la concezione localizzazionista del cervello sembrano ampliare le possibilità di comprensione e cura delle malattie mentali<sup>91</sup>. Partendo dal substrato biologico di alcune

---

<sup>90</sup> F.Minuz, *Gli psichiatri italiani e l'immagine della loro scienza (1860-1875)*, in *Tra Sapere e Potere*, op.cit. Secondo Foucault, nel manicomio ritroviamo gli stessi elementi che caratterizzano il *Panopticon* di J. Bentham. La *visibilità permanente* pone il soggetto dichiarato folle nella condizione di essere sempre oggetto del controllo medico attraverso una *sorveglianza piramidale degli sguardi*, la gerarchia costituita da guardiani, infermieri, sorveglianti, medici, culminante nel medico-direttore, responsabile assoluto del manicomio. Il *principio di isolamento* tende ad estraniare completamente il malato dal mondo circostante favorendone così la totale individualizzazione e assimilazione agli altri compagni di sventura nei confronti dei quali, paradossalmente il malato si pone nella stessa posizione del medico che guarda in un movimento circolare perverso che determina nel soggetto, in un gioco di specchi, l'autoconsapevolezza della propria malattia, rinforzando la sua identità di folle. Il *meccanismo della punizione ininterrotta*, infine, colloca il soggetto in uno stato di continua vessazione attraverso strumenti fisici di contenzione ma soprattutto attraverso il controllo continuo. M. Foucault, *Il potere psichiatrico*, Feltrinelli, Milano, 2004, pag. 102. Si rimanda, inoltre, a M. Foucault, *Sorvegliare e punire*, Einaudi, Torino, 1976, pp.213-247.

<sup>91</sup> Nel 1861 Paul Broca, individuando nella terza circonvoluzione del lobo frontale sinistro (area di Broca) la sede dell'espressione linguistica, gettò le basi per comprensione di due concetti neurologici fondamentali: la lateralizzazione delle funzioni nei due emisferi e la dominanza dell'emisfero sinistro; nel 1874 Karl Wernicke localizza nel lobo temporale sinistro la sede della comprensione linguistica: per citare solo alcune delle scoperte più importanti. Per maggiori approfondimenti si rimanda a A.R. Luria, *Come lavora il cervello*, il

entità nosologiche (come la sifilide e l'epilessia) i medici psichiatri applicano lo stesso approccio alle altre manifestazioni psicopatologiche. Malattie mentali gravi come la schizofrenia, la depressione psicotica, la mania, la paranoia, ecc., vengono spiegate in quanto conseguenza di alterazioni cerebrali.

Sebbene la ricerca neuroscientifica dell'epoca non potesse giustificare i vari tentativi di localizzare in aree cerebrali precise le varie malattie mentali, tuttavia, l'approccio organicista ebbe il merito di consolidare l'immagine di una psichiatria scientifica.

Probabilmente tutto ciò determinò nei medici psichiatri un atteggiamento diverso nei confronti della malattia mentale: una maggiore sicurezza data dal riferimento al substrato organico e un sentimento di ineluttabilità che poteva aiutare a giustificare le "stranezze" comportamentali dei malati così come la difficile realtà manicomiale.

Ecco cosa scrive il medico nel diario clinico di Luisa G., contadina nubile, ricoverata nel manicomio di Aversa nel 1896: *"E' l'ammalata più pericolosa tra le ricoverate nella succursale, benché preminentemente nella cella d'isolamento, riesce con grande facilità a lacerarsi e liberarsi dalla camicia di forza; a rompere il letto benché fissato a terra ed abbattere la porta della sua cella. E' pericolosissima, ordinariamente, terribile prima e dopo le convulsioni epilettiche. Riesce ad eludere ogni vigilanza ed è di una forza fisica inimitabile*<sup>92</sup>.

Ancora, il 30 agosto 1907 così il medico di guardia scrive al direttore: *"Denunzio alla S.V. che stamane la inferma Rosaria S., una imbecille impulsiva, si è avventata all'altra inferma Maria P. e con un morso le ha asportato una parte del padiglione*

---

Mulino, Bologna, 1977; A. Civita, *Neuroscienze e malattia mentale*, in A. Civita e D. Cosenza (a cura), *La cura della malattia mentale. Storia ed epistemologia*, Bruno Mondadori, Milano, 1999, pp.30 – 88.

<sup>92</sup> Archivio sanitario- Cartelle cliniche, Luisa G., 1896.

*dell'orecchio destro. Ad onta le infermiere fossero accorse in tempo, pur tuttavia non sono riuscite ad impedire l'accaduto, che si è svolto, per quanto mi è risultato da sommarie indagini in un modo fulmineo. La P. è stata medicata con punti di sutura e si è attaccato il pezzo del padiglione, sperando in un possibile innesto*"<sup>93</sup>.

La Commissione amministrativa con una nota di rimprovero risponde: *“Al Signor Direttore del Manicomio, nella tornata volgente in ordine alla sua nota controdistinta, nonostante quanto è stato detto circa la sorveglianza da parte delle infermiere, richiede che è doverosa una maggiore vigilanza da parte delle infermiere. Tanto le comunico per intelligenza. Il Segretario generale P.Russo*"<sup>94</sup>.

Il medico così si difende: *“Poiché la Commissione amministrativa con la nota in riguardo alla lesione riportata dalla P. ha giustamente richiesto una maggiore vigilanza da parte delle infermiere, sento il dovere di pregare la S.V. di informare la Commissione stessa che in questa Casa*<sup>95</sup> *il numero delle assistenti non è sufficiente, tanto che in data 31 agosto ho dovuto chiedere un aumento di altre due infermiere per ovviare al grave inconveniente che il reparto agitate, con circa 50 ammalate, e diviso in tre distinti dormitori, venga sorvegliato nelle prime ore della notte da una sola infermiera. Inoltre, bisogna anche tenere conto delle criminali, le quali da 13, sono in un giorno solo, arrivate a 16, grazie al regalo del collega Angelillo il quale su 5 inferme inviate a questa Casa, ha avuto il pensiero gentile di mandare tre criminali. Ad ogni modo non mancherò d'inculcare a tutte le infermiere una maggiore vigilanza quantunque, a dire il*

---

<sup>93</sup> Archivio sanitario- Cartelle cliniche, Maria P. 1898.

<sup>94</sup> Ibidem.

<sup>95</sup> Il medico si riferisce alla Casa di Montevergine, ove erano ospitate le donne.

*vero, ciascuna adempie al proprio ufficio con sollecitudine e zelo. Il medico Cascella*<sup>96</sup>.

Di fronte a tali situazioni la posizione del medico appare molto difficile e scomoda. Il suo “sapere” serve a poco, gli resta solo confermare la follia, barcamenandosi come può.

L’analisi delle cartelle cliniche evidenzia che *solo* al momento dell’ammissione in manicomio il medico può svolgere il proprio ruolo professionale: la pratica psichiatrica sembra esaurirsi nella compilazione della *scheda* e nella diagnosi che porta al ricovero. Una volta stabilita la *follia*, sono *altri* i problemi da affrontare.

La *scheda* di ammissione costituisce il momento in cui lo sguardo clinico si oggettiva nel linguaggio che descrive le manifestazioni patologiche producendo discorsi che creano una nuova esistenza quella del malato mentale.

Manca l’anamnesi per Michelangelo N. ricoverato ad Aversa il 17 gennaio 1917<sup>97</sup>. Dai dati trascritti nella scheda di ammissione si rileva che è un “*contadino, ex militare*”, probabilmente uno dei tanti “soldati impazziti” che in quel periodo costituivano un nuovo oggetto di studio per la psichiatria<sup>98</sup>.

Il medico annota: “*Giace a letto completamente nudo. Non sa dove si trova, ne ha coscienza del suo stato mentale. A domanda dice che ha 19 anni e che è soldato*”. E ancora, “*Mi hanno tolto anche le stelletto*”, osserva. *E’ rauco. Durante la notte è stato insonne e clamoroso*”. E’ questa un’immagine che descrive bene

---

<sup>96</sup> Archivio sanitario- Cartelle cliniche, Maria P., 1898.

<sup>97</sup> Archivio sanitario-Cartelle cliniche, Michelangelo N., 1917.

<sup>98</sup> Si rimanda a E.J.Leed, *Terra di nessuno*, il Mulino, Bologna, 1985; A. Gibelli, *L’officina della guerra*, Bollati Boringhieri, 1998.

la condizione di un uomo completamente “spogliato” della sua storia. Michelangelo morirà il 18 maggio 1918 per “*esaurimento organico da marasma*”.

La scheda prestampata “intrappola” il soggetto nel discorso psichiatrico che si articola intorno a ciò che Foucault definisce “*interrogatorio*”<sup>99</sup> che non è solo una semplice raccolta di notizie anamnestiche ma la modalità attraverso cui la posizione del medico psichiatra viene riconosciuta e istituita nel momento in cui il soggetto acquisisce lo status di malato. E’ un processo circolare in cui il discorso dell’uno fonda il discorso dell’altro<sup>100</sup>. La malattia mentale si presta molto bene a questo genere di dinamica per il suo carattere fondamentalmente incorporeo.

Partendo dall’analisi della scheda tenteremo di ricostruire i caposaldi dell’approccio clinico psichiatrico. La scheda è costituita da sei sezioni: 1) *status praesens*; 2) *anamnesi genealogica*; 3) *anamnesi individuale*; 4) *antropometria*; 5) *anomalie psicologiche*; 6) *diagnosi*.

Il primo punto riguarda lo stato attuale della malattia nelle sue manifestazioni: si tratta di uno sguardo “impressionistico” teso a cogliere l’aspetto esteriore della malattia ( *lo stato dei sensi specifici, del senso generale, dei moti volontari, dei riflessi cutanei, tendinei e iridei...* ). A questo livello ciò che il medico ricerca è il “segno” della malattia, cioè la traccia corporea oggettiva della malattia<sup>101</sup>.

---

<sup>99</sup> M.Foucault,2004 pag.234.

<sup>100</sup> M. Foucault parla di „*sovra-potere medico*“ e di „*sovra-potere del malato*“. Ibidem, pag 233.

<sup>101</sup> Come sostiene L.Colombo, “*La semeiotica medica pensa al nesso segno-malattia secondo una logica che presenta alcune analogie con la linguistica; ma, a differenza della comunicazione linguistica, tutto il procedimento diagnostico si svolge dalla parte del “ricevente”, cioè del*

Nella “*anamnesi genealogica*” il medico psichiatra rintraccia nella famiglia di origine del malato eventuali patologie, stati morbosi che possono avere qualche attinenza con la sintomatologia oggetto di indagine. Nella scheda si fa esplicito riferimento a *pazzia, eccentricità, epilessia, isteria, neuropatia, encefalopatia, malattia diatesiche, dissolutezza, alcolismo, criminalità, sordomutismo, rachitismo, debolezza di spirito*<sup>102</sup>.

Da notare che accanto a malattie di carattere neurologico (epilessia, encefalopatia) troviamo stati “morbosi” che si riferiscono a comportamenti considerati devianti come l’eccentricità, la dissolutezza, l’alcolismo, la criminalità. In tutti casi, comunque, viene data grande rilevanza alla predisposizione ereditaria alla follia.

Attraverso la ricerca degli antecedenti familiari, il medico psichiatra tenta di colmare il vuoto determinato dall’ “assenza” del corpo<sup>103</sup>. L’ereditarietà, i comportamenti “devianti”, il disagio sociale formano un *corpo fantasmatico* che, integrandosi al corpo dell’anatomia patologica, danno fondamento alla diagnosi<sup>104</sup>.

Filomena D., di anni 31, maestra elementare, nubile e orfana, viene ricoverata il 15 agosto 1879 con diagnosi di “*mania con furore dovuta a patemi d’animo e forse anco amor deluso*”<sup>105</sup>.

Il medico individua “*anomalie e asimmetrie morfologiche: cranio con microcefalia frontale, faccia asimmetrica, naso deviato a*

---

*medico che consce il linguaggio con cui “si esprime la malattia”.* L. Colombo, *Il linguaggio della psicopatologia*, in A.Civita, e D.Cosenza, *La cura della malattia mentale. Storia ed epistemologia*, B.Mondatori, Milano, 1999, pag.136.

<sup>102</sup> Archivio sanitario- Cartelle cliniche.

<sup>103</sup> M. Foucault, *Il potere psichiatrico*, cit. pag. 235.

<sup>104</sup> Ibidem, pag.235.

<sup>105</sup> Archivio sanitario – Cartelle cliniche, Filomena D.1879.

*destra, orecchie difformi*<sup>106</sup>!! I dati relativi all'anamnesi individuali e quelli relativi alla misurazione antropometrica tendono ad evidenziare la presenza *latente* della follia ancora prima della comparsa dei sintomi.

Per Maria L., ricoverata nel 1893, povera contadina nubile, la diagnosi è di *“imbecillità”*. La sua storia è così descritta dal medico: *“ha sofferto febbri palustri, polmonite, isterismo; lusingata da un giovane con promesse di matrimonio si lasciò sedurre e abbandonata divenne impulsiva. Benché in antecedenza subiva facili accessi deliranti senza pericoli, dopo la seduzione divenne pericolosissima. Asimmetria cranica e facciale: soffre continue cefalee. Benché viziata nell'intelligenza era tollerata in società; dopo la seduzione divenne eccitabile ed impulsiva. Qui abitualmente è tranquilla, ma o per futili motivi o immediatamente, diventa aggressiva e minacciosa, il suo delirio pare un equivalente epilettico. Dei sentimenti prevalgono gli egoistici, pervertiti gli altri. Si hanno criteri che odia la società poiché alla vista di un uomo sarebbe capace di avventargli se non trattenuta (forse ricordandogli l'onta subita nell'onore e l'abbandono). E' emotiva*<sup>107</sup>. Una donna *“disonorata”* e *“pericolosa”*... e in più *sordomuta*!!

Per Leonardo C., ricoverato nel 1907, la diagnosi di *“frenosi sensoria”* è così motivata: *“Madre isterica, nonno paterno pazzo; padre e uno zio alcolisti; parecchi fratelli morirono in tenera età. Ha sofferto infezione malarica, dermatosi al cuoio capelluto. Cadde all'età di 10 anni riportando ferite alla fronte*<sup>108</sup>.

Raffaele S. ha 17 anni e lavora come falegname quando nel 1912 viene ricoverato, forse perché malato di epilessia.

---

<sup>106</sup> Ibidem.

<sup>107</sup> Archivio sanitario- Cartelle cliniche, Maria L., 1893.

<sup>108</sup> Archivio sanitario- Cartelle cliniche, Leonardo C., 1907.

Il medico scrive: *“I genitori dell’ammalato entrambi deceduti rappresentano per l’infermo una triste anamnesi: il padre morì alcolista, la madre fu ricoverata e morì in questo Manicomio. Il soggetto fu eclampsico<sup>109</sup>. Soffre anche di convulsioni. E’ orientato nel tempo e nello spazio”<sup>110</sup>.*

La sezione dedicata all’ *“antropometria”* è l’applicazione di quel *“metodo sperimentale”* proposto da C. Lombroso, che avrebbe offerto una maggiore consistenza teorica e scientifica alla psichiatria e che nella pratica clinica si risolve nella semplice registrazione di dati antropometrici<sup>111</sup>.

La sezione dedicata alle *“anomalie psicologiche”* fa riferimento ai motivi della domanda di internamento trasformandoli in *“sintomi”* di malattia. La formulazione della diagnosi sancirà, infine, la necessità dell’internamento.

Tra le domande del questionario cui il medico psichiatra era tenuto a rispondere al momento dell’ammissione del paziente all’interno del manicomio, una è apparsa particolarmente interessante. Si tratta dell’ultima domanda dopo la formulazione diagnostica: *“Per quale complesso di motivi si rende necessario il ricovero?”*

Il discorso istituzionale si riferisce quindi ad una *“complessità”* di motivi per giustificare l’internamento manicomiale. Ecco alcune delle risposte dei medici.

---

<sup>109</sup> *L’eclampsia* è una sindrome convulsiva con perdita della coscienza e coma, simile all’epilessia.

<sup>110</sup> Archivio sanitario- Cartelle cliniche, Raffaele S., 1912.

<sup>111</sup> F. Giacanelli, *Introduzione*, a C. Lombroso, *Delitto, genio e follia*, Scritti scelti a cura di D.Frigessi, F.Giacanelli, L.Mangoni, Bollati Boringhieri, Torino, 2000, pp. 5-43.

Nel 1886 per Francesco M., studente celibe, il medico scrive: *“E’ piuttosto gracile, ha un carattere sensibile. Causa della follia è lo spavento”*<sup>112</sup>

Per Maria Giuseppa D., ricoverata nel 1900, nubile maestra di 35 anni, il motivo ultimo del ricovero risulta veramente particolare: *“Esageratamente attaccata al suo dovere. Anche ammalata è andata ad esercitare la professione di maestra elementare. Contegno tranquillo, solamente un po’ vivace nel rispondere alle domande che le si rivolgono”*<sup>113</sup>.

Per Maria T., ricoverata nel 1905, all’età di 22 anni, nubile, contadina e analfabeta, la motivazione all’internamento è la seguente: *“Perché dà scandalo col turpiloquio, perché fugge sempre da casa e la madre, poverissima, impedita dalle cure degli altri figli, non può correrle dietro o perché inveisce o minaccia”*<sup>114</sup>

Per Maria Giovanna R., ricoverata nel 1906, all’età di 19 anni, nubile, contadina, povera e analfabeta, il medico scrive: *“Perché affetta da alienazione mentale, dedita al vagabondaggio e riesce pericolosa a sé e agli altri. Riesce di pubblico scandalo per gli atti osceni cui si abbandona”*<sup>115</sup>.

Per Olimpia M., ricoverata nel 1911, all’età di 17 anni, nubile e povera, il medico scrive: *“Una sorella del padre ha tre figli sordomuti: Lei all’età di 5 anni ha sofferto di tifo e meningite. Perché è impulsiva è stata mandata al manicomio”*<sup>116</sup>.

Infine, per Filomena M., ragazza nubile di 16 anni, ricoverata nel 1914, il medico annota: *“Uno zio morì pazzo in America, in famiglia parecchi casi di eccentricità, un parente sordomuto”*;

---

<sup>112</sup> Archivio Sanitario – Cartelle cliniche, Francesco M. 1886.

<sup>113</sup> Archivio Sanitario – Cartelle cliniche, Maria Giuseppa D. 1900.

<sup>114</sup> Archivio Sanitario – Cartelle cliniche, Maria T. 1905.

<sup>115</sup> Archivio Sanitario- Cartelle cliniche, Maria Giovanna R. 1906.

<sup>116</sup> Archivio Sanitario- Cartelle cliniche Olimpia M. 1911.

giustifica poi la necessità del ricovero così: “*E’ una deficiente originaria che da circa 15 giorni è diventata eccitata ed impulsiva, manesca, disordinata nella condotta*”<sup>117</sup>.

Si noterà che la povertà, il pubblico scandalo, la pericolosità ma anche la “eccessiva” sensibilità sono elementi che possono sostenere la motivazione al ricovero. Per il medico psichiatra sono ulteriori “prove” della veridicità del proprio giudizio. D’altra parte essi evidenziano anche la notevole portata strategica che il riferimento ai valori sociali assume nell’intervento psichiatrico.

La posizione del soggetto al momento dell’ammissione è davvero paradossale: se accetterà di identificare il suo malessere con i sintomi di una malattia confermerà la propria follia; se, viceversa, negherà questa possibilità, ribellandosi, allora sarà “ancora di più” folle.

La scheda prestampata rappresenta quindi il modello che guida l’intervento clinico del medico psichiatra all’atto dell’ammissione nel manicomio.

Il “*diario clinico*” testimonia invece la permanenza nell’istituzione del folle internato, l’intervento “terapeutico” da parte del medico, ma soprattutto testimonia della vita all’interno del manicomio.

L’analisi di questi documenti evidenzia subito una sostanziale differenza con le schede prestampate. Mentre queste ultime, forse per il carattere di questionario in cui si articolano, risultano nella maggioranza dei casi compilate, anche se non tutte con la stessa accuratezza, i diari clinici si presentano come dei grandi fogli bianchi su cui il medico psichiatra liberamente può annotare le sue osservazioni sul malato.

---

<sup>117</sup> Archivio Sanitario- Cartelle cliniche, Filomena M.,1914.

Questi documenti risultano il più delle volte molto scarni o addirittura completamente vuoti. Le pagine bianche dei diari clinici producono un impatto emotivo grande perché è come se ci si trovasse di fronte ad un improvviso “sbarramento”.

E' come se quella persona di cui abbiamo ricostruito la vita prima dell'internamento e di cui abbiamo immaginato le caratteristiche fisiche, improvvisamente scomparisse. E insieme a lei, scomparisse anche il medico che ne ha decretato la follia.

Il sovraffollamento dei reparti forse potrebbe giustificare una superficialità da parte dei medici nel redigere il diario clinico.

A questo proposito ancora le parole di E.Tanzi e E. Lugaro risultano indicative: *“Che cosa si può capire di preciso, che cosa si può ordinare di utile in mezzo ad una calca di malati che gemono, supplicano, minacciano, ingiurano, cantano, cercano di sopraffarsi l'un l'altro con le braccia e con le voci per disputarsi il cibo o per raggiungere il medico, arbitro dei loro destini?”*<sup>118</sup>

Anche la “mobilità”, i continui trasferimenti dei malati da un reparto all'altro, oltre a configurarsi come provvedimenti disciplinari, testimoniano le difficoltà pratiche che il medico deve affrontare.

Interessante appare lo scambio di comunicazioni di due medici, responsabili di sezioni diverse, riguardo alla ricoverata Marina G., di anni 30, affetta da *“psicosi allucinatoria”*<sup>119</sup>. Il medico della Sala d'Osservazione annota sul diario clinico che la donna appare *“agitata e pericolosa”*: *“Si è avventata contro la mia persona, vedendo in me un assassino, un suo nemico...E' arcigna si guarda intorno come se qualcuno attorno tramasse contro di lei”*. Il 10 agosto 1914, dopo sei giorni di ricovero, scrive: *“Passi alla Virgilio perché è difficile custodirla in una Sala*

---

<sup>118</sup> E, Tanzi e E. Lugaro, *Trattato delle malattie mentali*, cit. pag.804.

<sup>119</sup> Archivi Sanitario- Cartelle cliniche, Marina G. 1914.

*d'Osservazione. Si tenga d'occhio perché inveisce a tradimento". Ecco la risposta del collega: "Più difficile a custodirsi in una Sezione di Agitate e dove oggi vi sono 269 ricoverate!!! Si assicuri col giubbotto se è il caso..."<sup>120</sup>.*

Le "pagine bianche" dei diari clinici testimoniano anche le perplessità, i dubbi, il senso di impotenza del medico.

Altre volte è proprio nel diario clinico che il medico, nell'esercizio della sua professione, trova l'occasione per interrogarsi sul suo ruolo.

Il caso di una bambina, ricoverata in manicomio perché cieca, evidenzia la posizione del medico che, di fronte alle ragioni più o meno pretestuose del ricovero, sembra interrogarsi sulla propria reale funzione sociale ed etica. Si tratta di una cartella clinica "unica" sia perché su un campione di mille cartelle cliniche esaminate solo tre riguardano casi di minori, sia perché tra queste è la sola ad essere interamente compilata e per di più da F. Cascella, in quel periodo direttore del manicomio di Aversa.

Felicia I., di anni sette, viene internata in manicomio il 18 febbraio 1909.<sup>121</sup> E' cieca dalla nascita. Il medico all'atto dell'ammissione dichiara che la bambina "è affetta da idiotismo grave con probabile epilessia" e motiva il ricovero "per la povertà grandissima in cui versa la famiglia, nella quale circola la tubercolosi e nell'impossibilità in cui trovasi di poter badare alla demente"<sup>122</sup> il cui unico "oggetto di valore", conservato all'ufficio di guardaroba, è "un paio di orecchini di metallo rosso".

Il medico nel trascrivere i dati anamnestici annota che è il padre ad accompagnare la bambina che "non ha la funzione

---

<sup>120</sup> Ibidem.

<sup>121</sup> Archivio Sanitario- Cartelle cliniche, Felicia I. 1909.

<sup>122</sup> Ibidem.

*visiva e presentando note di arresto di sviluppo mentale, linguaggio incerto, è stata considerata come pericolosa ?!”<sup>123</sup>*

Si noti che il medico sottolinea due volte il termine *pericolosa*, evidenziandolo. Cosa avrà voluto comunicare? Potrebbe aver espresso così il suo sgomento nei confronti di un provvedimento di cui egli è allo stesso tempo artefice e prigioniero. Ma la *pericolosità* (concetto cardine per la legge dei ricoveri) in questo caso sembra fornire al medico il pretesto per allontanare la bambina gravemente disabile da un contesto familiare inadeguato. Il manicomio, paradossalmente, diventa così il “luogo ideale” per la piccola Felicia, che sembra essere addirittura *adottata* dallo stesso direttore Cascella.

Il diario clinico di Felicia è tra i pochi ad essere interamente compilato. Le date delle annotazioni vanno, con cadenza settimanale, dal 18 febbraio 1909 al 29 giugno dello stesso anno, giorno in cui la bambina muore. Il medico quindi è preoccupato per la piccola paziente e nelle sue annotazioni si sofferma, con dovizia di particolari, a descrivere il suo comportamento. *“La piccola inferma non è neppure in grado di discernere il nutrimento adatto, sebbene riesca a padroneggiare le funzioni rettale e viscerale. Il linguaggio non manca del tutto, ella pronunzia talvolta, con sufficiente chiarezza la parola “mamma” o altre brevi parole, ma evidentemente predominano i suoni inarticolati; quando non piange e sta di buon umore ripete, girando intorno a sé stessa, dei suoni indecifrabili, come note musicali”<sup>124</sup>*. E ancora: *“Non intende nessuna delle domande che le si rivolgono, ma quando le si dà un pezzo di pane o altro diventa di buon umore e spontaneamente emette dei suoni parte inarticolati, parte articolati ma indecifrabili. Anche senza ragioni apprezzabili piange, ma subito si acqueta e ride. Si muove di*

---

<sup>123</sup> Ibidem.

<sup>124</sup> Ibidem.

*continuo, gira intorno, batte con forza i piedi a terra... Spesso tiene il dito in bocca; non vede e cammina urtando spesso contro gli ostacoli; ha buon appetito e mangia tutto*<sup>125</sup>. Sembrano le parole di un genitore.

La presenza della piccola Felicia nel reparto ha un effetto anche sulle altre ricoverate. Il medico annota: *“Data la sua piccola età dev’essere tenuta a vista perché non nocchia a se stessa, anche pel difetto visivo, e perché non sia offesa dalle altre ricoverate, le quali, in verità, le vogliono tutte molto bene, facendo a gara (le più tranquille) nel lavarla, carezzarla quando piange, nel somministrarle gli alimenti; ma la piccola inferma non è in grado di ricambiare l’affetto alle altre sventurate, quasi tutte più o meno infelici di lei*”<sup>126</sup>.

E’ un’immagine questa molto diversa da quella che solitamente ci potremmo attendere in una istituzione manicomiale.

Felicia, la piccola “demente” riesce con la sua presenza a introdurre il *cambiamento* laddove altri (istituzione, medici, infermieri, sorveglianti...) non riescono...

Il 19 maggio 1909 Felicia si “ammala” di morbillo. Il medico annota che *“le condizioni dell’inferma non preoccupano. La temperatura non supera i 38° e l’esantema va scomparendo*”<sup>127</sup>. Le successive annotazioni del medico risultano sempre più precise nel descrivere lo stato della bambina... Sembra che finalmente possa fare il medico!

La situazione ad un certo punto precipita e il medico il 25 giugno 1909 annota: *“Perdura la febbre che oscilla intorno ai*

---

<sup>125</sup> Ibidem.

<sup>126</sup> Ibidem.

<sup>127</sup> Ibidem.

39<sup>o</sup><sup>128</sup>. Il giorno dopo solo una semplice ma intensa annotazione: *“Ha timore dei termometri”*.

Il 26 giugno 1909 la piccola Felicia muore.

---

<sup>128</sup> Ibidem.

### Capitolo terzo

*“Il potere è dappertutto; non perché inglobi tutto, ma perché viene da ogni dove”<sup>129</sup>*

Il fascicolo sanitario di Andrea S. si presenta molto scarno: manca il formulario del medico inviante, la scheda risulta compilata solo in parte, il diario clinico è completamente assente. E' una di quelle cartelle “vuote” in cui solo la consistenza cartacea e il *nome* testimoniano della presenza di quella persona in manicomio.

Andrea ha 22 anni, viene da Sassari ed è “*a carico dello Stato perché militare*”<sup>130</sup>. Nell’anamnesi si legge: “*Ignorasi i precedenti familiari del ricoverato il quale ha vissuto vita disagiata ed ha subito traumi al capo, a giudicare da cicatrici di antica data che presenta*”. Il medico però annota la presenza di “*parecchie note antropologiche degenerative*”<sup>131</sup>. Sembrerebbe uno di quei casi “senza speranza” in cui l’unica possibilità resta proprio l’internamento manicomiale.

---

<sup>129</sup> M. Foucault, *La volontà di sapere*, Milano, Feltrinelli, 1978, cit. pag. 82.

<sup>130</sup> Archivio sanitario- Cartelle cliniche, Andrea S., 1908.

<sup>131</sup> Ibidem.

La lettera, scritta da Andrea e rinvenuta nella cartella clinica, risulta interessante perché offre uno spaccato della vita manicomiale ed evidenzia le strategie messe in atto dal giovane per sopravvivere a quella realtà.

Nella lettera, indirizzata al “*Signor Commissario*”<sup>132</sup>, Andrea descrive la sua posizione all’interno del manicomio: “*Ha da sapere che il medesimo prima era assegnato quale lavoratore alla sezione Verga e questi tagliava persino il pane per gli ammalati*”<sup>133</sup>. Per Andrea essere *lavoratore* in quel contesto significa occupare una posizione di “prestigio”, significa essere “meno” folle, significa recuperare la propria autostima come l’uso del termine “*persino*” sembra sottolineare<sup>134</sup>.

---

<sup>132</sup> I documenti a nostra disposizione non ci hanno permesso di stabilire con esattezza a chi Andrea si riferisca: potrebbe trattarsi di un ispettore della commissione di vigilanza del Ministero dell’Interno (l’art.85 del Regolamento per l’esecuzione della legge 14 febbraio 1904, n.36 stabiliva che: “*Tutti i manicomi debbono essere ispezionati almeno una volta l’anno dalla commissione di vigilanza e dagli ispettori generali del Ministero dell’Interno...Il Ministero dell’Interno ha facoltà di disporre in qualunque tempo ispezioni straordinarie...*”, Archivio di Stato di Caserta, Prefettura I serie, Opere pie, Busta 39, Fasc. 162) oppure potrebbe trattarsi di un membro della Commissione amministrativa del manicomio o ancora di un esponente della Deputazione provinciale.

<sup>133</sup> Archivio sanitario- Cartelle cliniche, Andrea S., 1908.

<sup>134</sup> Il discorso psichiatrico attribuiva grande importanza curativa al lavoro degli alienati soprattutto al fine di evitare l’ozio considerato pericoloso. V.D. Catapano riporta che nel manicomio di Aversa venivano praticati i seguenti lavori: *presso la tipografia, di compositore, battitore, collocatore dei caratteri o correttore delle prime strisce; o il lavoro del bucato o nelle sartorie per oggetti di nuova costruzione o per i rattoppi giornalieri o per stirare le biancherie; o anche quello di filare, torcere, incannare, ordire, tessere tele, cotonei a spiga o fettucce di canape, cilindrare, apprendere nelle sale dei telai,*

*“Un giorno essendo mandato ripetute volte alla cucina a prendere il pranzo per un certo B. Luigi malato che stava a fuori dieta, la monaca mi rispose che il pranzo non poteva darmelo se non con il permesso della suora Filomena. Allora io mi risentii alquanto e riferii le parole che il B. mi aveva detto. Da quel giorno in poi cominciò questa suor Filomena a perseguitarmi dando ordine al sorvegliante Nardi di non farmi fare niente ossia di trattarmi come un ammalato qualsiasi e invece continuavo a lavorare lo stesso”<sup>135</sup>.*

Diventare un “*ammalato qualsiasi*” è questo il grande problema di Andrea. Ed è proprio quel “*qualsiasi*” nell’accezione di “indefinito” a dare senso alla profonda inquietudine di quest’uomo, a quel suo “*risentirsi*” che nel contesto manicomiale è “segno” di follia.

Andrea viene più volte trasferito da una sezione all’altra: dalla sezione “*tranquilli*” di nuovo alla sezione “*Verga*”, “*ma non pago di ciò dopo alquanto tempo fui trasferito al reparto orientale, reparto dove ci sono i veri alienati*”<sup>136</sup>.

Il desiderio di rivalsa, provocato da un comportamento altrui ritenuto ingiusto e offensivo, spinge Andrea a denunciare ciò che accade in cucina e nei refettori, in quei luoghi in cui ha prestato il suo lavoro di aiutante.

*“Ill.mo Signor Commissario ha da sapere che gli infermieri vendono tutt’ora ai poveri internati la sperlonga di pane, razione*

---

*lavorare calze, fare lacci, tingere, ricamare, imbiancare le tele nuove; o infine quelli dell’accomodo e della pulizia dei letti o di assistenza agl’infermieri, ai refettori, alle cucine, o di aiutanti sagrestani, o di addetti a spazzare, ad attingere l’acqua o a muovere la pompa, o a coltivare i giardini”, in Le Reali Case de’ Matti nel Regno di Napoli, cit. pag. 246-247.*

<sup>135</sup> Archivio sanitario- Cartelle cliniche, Andrea S. 1908.

<sup>136</sup> Ibidem.

*loro spettante, per 0,20£ ed in tempo di guerra persino ad una lira. Poi c'ho da dire la mattina quando si va a prendere il pane si trova spesso volte nel peso complessivo di 5 Kg di pane in meno che poi la monaca suor Filomena invece di darla agli ammalati li dà agli infermieri spesso volte. Soltanto un paio di volte li ha distribuiti agli ammalati... Poi devo dirle anche che le scodelle dove mangiamo sono ridotte a tal punto da fare schifo. Sono circa due anni che non si cambiano questa è colpa degli infermieri che non le tengono chiuse, vi sono delle scodelle senza maniche e fanno schifo a mangiare. Poi c'ho da dire Signor Commissario che all'ora di pranzo gli infermieri devono mettere il mesale e qualche boccale di acqua cosa che hanno fatto qualche volta quando si sapeva che doveva venire Lei o il Signor Direttore. Se qualche volta un ammalato reclama i propri diritti li trasportano al reparto e lì li fanno dormire e spesso volte li legano”<sup>137</sup>.*

Riportando questa lunga citazione si è voluto dare finalmente spazio alla voce di Andrea, alla sua indignazione.

Non possiamo sapere se i fatti raccontati da Andrea corrispondono alla realtà, anche se certamente risultano “veri” per lui. La sua resta una testimonianza. Forse per i medici che hanno conservato la lettera in cartella, essa è solo la manifestazione della sua follia. Per noi questa lettera costituisce la prova di un agire-contro, un tentativo, probabilmente fallito, di affermare la propria dignità ed esistenza.

Al termine della lettera Andrea, forse consapevole della difficoltà che un “folle” incontra quando vuole farsi ascoltare, si presenta:

*“Il sottoscritto trovasi in condizioni ottime di salute quindi si troverebbe in grado da poter uscire da questo manicomio dove sono dodici anni ch'io soffro terribilmente. E' dall'età di 22 anni ossia da soldato che mi trovo chiuso qua dentro senza ch'io abbia fatto niente ed io sono stato sempre un cittadino di buona*

---

<sup>137</sup> Ibidem.

*condotta e rispettoso, basti dire che non sono mai stato carcerato*<sup>138</sup>. Andrea rievoca il tempo precedente il ricovero e sottolinea il suo essere stato “soldato” e “cittadino di buona condotta”, evidenziando così “valori” sociali significativi. Ed è in nome di questi valori che Andrea scrive questa lettera di denuncia rivendicando quelli che ritiene siano i suoi diritti.

Il ruolo di “aiutante in cucina”, riqualificando la posizione di Andrea, gli ha permesso di far emergere una soggettività altrimenti negata. Ma svolgere un ruolo implica, oltre un “poter-essere”, un “poter-fare” nel senso di mobilitare delle risorse in vista di un obiettivo da raggiungere.

La vicenda di Andrea mostra come ogni interazione umana sia attraversata da relazioni di potere. E’ un potere decentrato che si manifesta in una molteplicità di situazioni sempre instabili in tutti gli aspetti della vita sociale.

Così come risiedono dappertutto e fluidamente i “*punti di resistenza*” al potere in una dinamica che sembra non arrivare mai a conclusione. Potere e resistenza sono termini strettamente correlati nel senso che il potere si esercita sempre contro qualcuno o qualcosa, che rappresenta, nella relazione di potere, il polo che resiste ad esso e che va pertanto soggiogato. La resistenza diventa un contro-potere.

Nel contesto manicomiale risulta evidente un sovra-potere da parte del medico in virtù di un sapere che lo contraddistingue e che giustifica il suo intervento.

Tuttavia, non si possono negare i continui tentativi volti a “mettere in crisi” questo potere, spostandolo, smascherandolo e in certi casi annullandolo. Il comportamento, i discorsi ma anche i silenzi degli uomini e delle donne internati rappresentano un “potere di disturbo” contro cui vengono

---

<sup>138</sup> Ibidem.

messe in atto tattiche, strategie, discorsi per reprimerlo, smorzarlo<sup>139</sup>.

Il manicomio viene a configurarsi come campo di forze in cui i vari attori coinvolti si fronteggiano in una lotta continua e mobile<sup>140</sup>.

L'analisi delle cartelle cliniche ha consentito di ricostruire storie in cui le dinamiche di potere possono essere evidenziate.

Il rinvenimento delle lettere, scritte dagli internati ai familiari, agli amici o al Direttore stesso, ha permesso di cogliere il punto di vista, l' "altro" discorso di chi partecipa comunque, nonostante occupi una posizione subordinata.

Non si è trattato tanto di integrare le conoscenze esistenti sulla realtà manicomiale con informazioni mancanti, quanto piuttosto di riconsiderare i fenomeni esaminandoli da una diversa prospettiva.

Le lettere sono documenti "unici"<sup>141</sup> perché testimoniano la singolarità del soggetto, la sua specifica posizione nel mondo, il suo punto di osservazione<sup>142</sup>.

---

<sup>139</sup> L'espressione "potere di disturbo" è usata da M. Foucault in *Io, Pierre Riviere avendo sgozzato mia madre, mia sorella e mio fratello...*, Einaudi, Torino, 2000, pag. XIX.

<sup>140</sup> Lo spettacolo delle isteriche alla Salpêtrière, per esempio, sotto lo sguardo affascinato di Charcot, permette a quelle donne disperate di riscattarsi, nascondendosi proprio dietro la maschera dell'isteria. Come sostiene S. Vegetti Finzi, "...è questo l'unico modo con cui donne alluvionate da una cultura di massa possono riacquistare, disperatamente, una forma di protagonismo: farsi soggetto in quanto partecipi di una impresa conoscitiva che le trascende avendo di mira un'astrazione: la patologia isterica. Poiché è loro precluso il discorso, rigorosamente sequestrato in ambiti specialistici, non rimane che il gesto strappato alla statua, all'icona, al saltimbanco, all'epilettico" in A. Panepucci (a cura), *Psicoanalisi e identità di genere*, Laterza, Roma-Bari, 1995, cit. pag. 30.

Le lettere degli internati ritrovate nelle cartelle cliniche sono “corrispondenze negate”, mai inoltrate e quindi lasciate senza risposta. V.D. Catapano in *“Le Reali Case dei Matti nel Regno di Napoli”* riporta la citazione di G. Simoneschi, direttore del Manicomio di Aversa che nel 1839 consiglia di *permettere che – i folli – scrivano ciò che la fantasia loro detta*” perché *“tali scritture che aversi dee la pazienza di leggere faranno desumere il progresso del male e della guarigione; e le varietà che nell’uno, o nell’altra si succedono”*<sup>143</sup>. Gli scritti dei folli costituiscono in quest’ottica un’ulteriore “prova di verità” della diagnosi e vengono, come sostiene M. Galzigna, *“incorporati dal dispositivo manicomiale”*<sup>144</sup>.

L’ “esigenza scientifica” insieme alla “necessità di sorvegliare” potrebbero quindi giustificare la presenza di queste lettere all’interno delle cartelle cliniche.

---

<sup>141</sup> Per un’ampia trattazione dell’uso delle lettere nella ricerca storiografica si rimanda a G. Zarri (a cura), *Per lettera: La scrittura epistolare femminile tra archivio e tipografia*, Viella, Roma, 1999; M.L.Betri e D.Maldini Chiarito, *Dolce dono graditissimo*, Franco Angeli, Milano, 2000; M.L. Betri, D. Maldini Chiarito (a cura), *Scritture di desiderio e di ricordo. Autobiografie, diari tra Settecento e Novecento*, Franco Angeli, Milano, 2002.

<sup>142</sup> Per L. Guidi le fonti private consentono *“...di rendere visibile il “soggetto nascosto”, di metterlo a fuoco dall’indistinto dello sfondo e dagli interstizi di una memoria strutturata al maschile”* in Introduzione a *Scritture femminili e storia*, Clipress, Napoli, 2004, cit. pag. 8.

<sup>143</sup> G. Simoneschi, *Precetti pel reggimento del Reale Morotroffio stabilito nei Dominii di Sua Maestà ceteriori al Faro*, in *Rapporto della Commissione degli Affari Interni e delle Finanze della Consulta de’ Reali Dominj di qua dal Faro, Sessione de’26 di Aprile 1839*, Napoli 1839, pag.146, citato da V.D. Catapano, *Le Reali Case de’ Matti nel Regno di Napoli*, Liguori, Napoli, 1986, pag. 241.

<sup>144</sup> M. Galzigna, *La malattia morale*, Marsilio, Venezia, 1988, pag. 43.

Carmela M., ammessa in manicomio nel 1896, all'età di 55 anni, *“cameriera, povera, illetterata”* con il suo incerto italiano scrive al Direttore:

*“Devotissimo Siore, se credete di vostra coscienza di mandarmi a casa mia, io non sto bene ca, mi sto rovinando la mia salute. Io sono sciolta dalla legge e non possono tenermi più...Mio figlio non ha messo nessuna firma. Lo Sindaco meno quando sono venuta, mandato a nessun manicomio...”*<sup>145</sup>. Carmela fa riferimento a tutti coloro che potevano richiedere l'internamento manicomiale (la famiglia, il sindaco, il medico, il giudice) e poi propone la propria estrema autodifesa: *“Vi fo sapere che sono stata sempre una buona figliuola e sono stata a faticare alla sartoria. Mi firmo e sono Carmela M.”*<sup>146</sup>.

Carmela si confronta quindi con le “autorità”, si inserisce nel loro stesso discorso conformandosi ai modelli sociali di cui essi sono portavoce. Ella sottolinea l'importanza della questione: è in gioco la sua libertà, la sua stessa vita. Le sue parole sono significative: *“...e sempre se credete di mandarmi nella mia libertà. Altrimenti mandatemi al manicomio di Trani delle carceri, il viaggio ci sono che lo paghi”*<sup>147</sup>. Sembra disposta a tutto, pure a ritornare nelle carceri di Trani dove era stata rinchiusa per furto... Ma le parole del medico non offrono nessuna possibilità di scampo: allo sguardo della psichiatra Carmela appare un “concentrato” di tratti patologici in cui confluiscono concezioni atavistiche, moralistiche, strutturali del corpo femminile. *“Il padre era un buon uomo, ma di quella bontà che confina nella debolezza di spirito. Un fratello dedito all'abuso di vino. Ha vissuto sempre di buona salute. Si unì illegalmente con un ricco negoziante del suo paese col quale ebbe 5 figli e 3 aborti. Quasi*

---

<sup>145</sup> Archivio sanitario- Cartelle cliniche, Carmela M. – 1896.

<sup>146</sup> Ibidem.

<sup>147</sup> Ibidem.

ogni sgravio è stato sempre accompagnato o seguito da emorragie. Ha cambiato più mestieri. E' stata una volta incriminata e condannata per furto. Ha menato vita errabonda e ha conosciuto più uomini. La faccia è asimmetrica; nelle orecchie sono spiccatissimi i lobuli darwiniani. Denti male impiantati. Dei sentimenti: prevalgono i familiari, ossia stravede per i figli suoi"<sup>148</sup>. Nel discorso psichiatrico anche la funzione e l'amore materno di Carmela assumono un carattere eccessivo e deviante. Il medico aggiunge: "Il senso morale si crede sia stato sempre assente"<sup>149</sup>. La diagnosi, "monomania intellettuale", appare incongrua rispetto alla descrizione della donna proposta dal medico. Sulla cartella non viene fatto riferimento al contenuto dell' *idea fissa* che tormenta Carmela. Verrebbe da chiedersi se non si tratta della costante preoccupazione di una madre allontanata dai propri figli...

Al di là dei criteri specifici che hanno guidato il medico a proporre tale diagnosi, essa appare come la sintesi paradigmatica di un discorso che tende a categorizzare l'individuo assegnandogli l'etichetta di soggetto folle. Inoltre, attraverso la descrizione dell'identità deviante di Carmela, il medico sembra offrire una rappresentazione di "donna normale" assolutamente artificiosa e astorica.

Carmela morirà in manicomio il 23 maggio 1914, dopo diciotto anni di internamento.

---

<sup>148</sup> Ibidem.

<sup>149</sup> Ibidem.

## Capitolo quarto

L' "uomo perfetto" e la "donna perfetta".

*“La prima qualità quindi per lo sviluppo dell’uomo perfetto dovrebbe essere la sanità degli organi o la integrità così grande di alcuni da surrogare qualche difetto degli altri. Indi buon senso, buon cuore, buon umore; ma nessuna eccessività tanto nell’ingegno come nel sentimento, a cui si accompagnino una certa energia muscolare e volitiva e un certo grado di egoismo e d’ambizione, da fargli superare la tendenza naturale all’inerzia e prediligere sé e la famiglia alla patria, e la patria all’umanità, ma senza sorpassare le linee fissate dallo spirito pubblico dell’epoca, della casta, della razza, ecc.*

*Per la donna perfetta (ne ho conosciute tre sole quasi perfette, fra queste una gobba), il sentimento può prevalere sull’intelligenza, almeno predomina la pietosità; occorre in più la bellezza del corpo, od almeno della voce e dei movimenti: ad ogni modo l’arte di supplirvi colla grazia e col gusto.*

*Tutti gli estremi di temperatura esterna di ricchezza e di potere, o l’eredità morbosa difficoltano il formarsi dell’uomo perfetto”<sup>150</sup>*

---

<sup>150</sup> C. Lombroso, *L’uomo perfetto*, (dal *New-York Herald*, marzo 1891), Archivio di psichiatria, antropologia criminale e scienze penali per servire allo studio dell’uomo alienato e delinquente, vol. XII, in

Il discorso di Lombroso, ad una prima lettura, suscita il sorriso. Quello che colpisce è l'apparente ingenuità e semplicità di un discorso che, a ben vedere, procura inquietudine. Ha ragione Delia Frigessi quando parla del "*concetto lombrosiano di normalità come immobilismo che perpetua i rapporti sociali*"<sup>151</sup>.

Le immagini dell' "*uomo perfetto*" e della "*donna perfetta*" propongono in realtà degli stereotipi, cliché mentali rigidi, deformanti e riduttivi ma anche un po' banali.

L'uomo "*perfetto*" si avvale di un corpo sano ed integro, ha come caratteristiche un "*certo grado di egoismo e d'ambizione*", i suoi valori sono la famiglia e la patria, e soprattutto la sua capacità sta nel non "*sorpassare*" i limiti imposti dalla società. La donna "*perfetta*" (a quanto pare molto difficile da individuare, visto che Lombroso ne ha "*conosciute solo tre, fra queste una gobba*"!!) è più sentimentale che intelligente, ha come caratteristica la bellezza del corpo e la sua capacità sta nel colmare le eventuali mancanze "*colla grazia e col gusto*".

Si tratta di ideali normativi, immagini distinte di mascolinità e femminilità, fondate sull'esteriorità, che hanno condizionato i modi di comportarsi e di agire di uomini e donne in un dato contesto sociale.

Ma la presenza di un ideale normativo determina sempre la costruzione di un *modello* specularmente opposto<sup>152</sup>. I folli, le

---

D.Frigessi, F. Giacanelli, L.Mangoni (a cura), *Delitto, genio e follia*, Bollati Boringhieri, Torino, 2000, cit. pag. 602.

<sup>151</sup> Ibidem, cit. pag.367.

<sup>152</sup>Per G.L.Mosse, "*La natura di uno stereotipo può essere vista nella giusta prospettiva soltanto affiancando l'ideale alla sua antitesi, in modo che l'uno rafforzi l'altro*" in *L'immagine dell'uomo. Lo stereotipo maschile nell'epoca moderna*, Einaudi, Torino, 1997, cit. pag.87.

isteriche, gli alcolisti, le prostitute, così come le donne “emancipate” e gli omosessuali, rappresentano gli omologhi “negativi” di un ideale “positivo” assolutamente astratto.

La *concretezza* di questi modelli, positivi e negativi, deriva dalla massa dei discorsi che li ha prodotti.

I discorsi sulla mascolinità e sulla femminilità, che ritroviamo più o meno scopertamente nelle discipline scientifiche, nei testi giuridici, nella letteratura, nelle riflessioni filosofiche, nelle conversazioni quotidiane, nelle opinioni comuni, costituiscono un immaginario collettivo, una rappresentazione mentale ampia, che investe ogni cosa. E' quel “sapere”, di cui ci parla Foucault, sapere che si realizza attraverso una pratica discorsiva<sup>153</sup>. Sapere che crea, determina, nomina, produce, orienta.

L'identità maschile e l'identità femminile perdono così il loro carattere “sostanziale” essendo solo l'effetto di produzioni discorsive che tendono ad attribuire un significato normativo alle differenze fisiche<sup>154</sup>.

Ma il *genere* possiede anche una sua consistenza reale poiché gli uomini e le donne nell'interazione sociale quotidiana hanno una cosciente consapevolezza del loro corpo e della differenza sessuale e ciò tende a condizionare le loro relazioni.

---

<sup>153</sup> Per M. Foucault, “...non ci sono saperi senza una pratica discorsiva definita; e ogni pratica discorsiva si può definire in base al sapere che essa forma” in *L'archeologia del sapere*, BUR, Milano, 1999, cit. pag. 239.

<sup>154</sup> Si tratta di un'operazione decostruttiva che “spodesta” il soggetto dal “suo ruolo di fondamento originario”: M. Foucault, *Che cos'è un autore?*, in *Scritti letterari*, Feltrinelli, Milano, 2004, cit. pag.20.

Per R.W. Connell, “*il senso fisico di essere maschio o femmina ha una funzione primaria nell’interpretazione culturale dei generi*”<sup>155</sup>: è un “*corpo inevitabile*” che crea e modella comportamenti sociali. In questo senso, il corpo assume una funzione di “*agente sociale*”<sup>156</sup>.

Il corpo maschile e il corpo femminile costituiscono il “reale” su cui agisce la percezione dell’individuo stesso e dell’altro. Percezione non “pura” ma condizionata dalla rappresentazione di ciò che significa essere “maschio” o “femmina” in un dato contesto sociale e storico<sup>157</sup>. Ciò determina delle aspettative inerenti specifici ruoli maschili e femminili. Il comportamento individuale viene a configurarsi così in uno spazio discorsivo in cui la singola specificità sessuale non è fissa ma fluidamente tende a conformarsi o a distinguersi da un ideale performativo di genere. Connell parla di “mascolinità egemone”<sup>158</sup> ma possiamo estendere tale espressione evidenziando anche una

---

<sup>155</sup> R.W. Connell, *Maschilità. Identità e trasformazioni del maschio occidentale*, Feltrinelli, Milano, 1996, cit. pag. 54.

<sup>156</sup> Secondo Connell, “*le azioni corporee riflesse di genere*” costruiscono nella pratica quotidiana la mascolinità e la femminilità, costituendo “*un mondo che possiede una dimensione corporea, ma non è determinato biologicamente...Il mondo formato dalle azioni corporee riflesse di genere è un terreno politico: un conflitto di interessi in un contesto di disuguaglianza*”, *ibidem*, cit. pag. 62. Analoga posizione quella di J. Scott che indica il genere “*come fattore primario del manifestarsi dei rapporti di potere*” in *Genere: un’utile categoria di analisi storica*, *Rivista di storia contemporanea*, 4, 1987.

<sup>157</sup> Per un studio della mascolinità nel suo aspetto di “rappresentazione” si rimanda a S. Bellassai, *La mascolinità contemporanea*, Carocci, Roma, 2004. Per un inquadramento generale degli studi di genere secondo un approccio sociologico si rimanda a E. Ruspini, *Le identità di genere*, Carocci, Roma, 2003.

<sup>158</sup> R.W. Connell, *Maschilità*, Feltrinelli, Milano, 1996, pag.68.

“femminilità egemone”, entrambi modelli universali con cui gli uomini e le donne si confrontano quotidianamente creando però allo stesso tempo forme individuali di maschilità e di femminilità.

Applicare questo approccio teorico allo studio delle relazioni di potere e di genere nel contesto manicomiale ha significato assumere un’ottica della complessità.

La psichiatria con la sua pretesa scientificità ha prodotto un discorso sulla devianza in cui il riferimento al “normale” faceva leva anche su categorie universali di maschile e femminile<sup>159</sup>.

I medici, in quanto portavoci di tale discorso applicavano concretamente queste categorie nell’interazione con i degenti e nella loro valutazione diagnostica e prognostica, dando spazio in questo modo alla gestione dell’aspetto sociale della malattia mentale più che alla dimensione esistenziale e personale del disagio psichico.

---

159 J. Scott parla polemicamente di “*fantasmi della storia*” riferendosi a questo *a priori* universale, costituito dalle categorie di maschile e femminile, che condiziona il nostro modo di osservare il mondo: J. Scott, *Fantasy Echo. History and the construction of Identity*, Critical Inquiry, Winter 2001. S. Bellassai, invece, sottolinea giustamente che “le vicende riguardanti il genere non possono essere considerate residuali, quasi che questo sia un ambito periferico a confronto di altre dimensioni del processo storico: le rappresentazioni di genere si intrecciano infatti con l’evoluzione dei gruppi sociali, dei circuiti economici, delle trasformazioni nella sfera dell’etica e della mentalità (che qui richiameremo, in senso antropologico, come sfera della cultura), delle dinamiche politiche, del dibattito scientifico, dello sviluppo letterario e artistico in senso lato: in ognuno di tali ambiti sono rintracciabili dinamiche che riguardano direttamente il genere”, op. cit., pag.8.

Gli uomini e le donne internati agivano comportamenti di genere, di volta in volta, conformi o difformi dalla “norma”, riuscendo in taluni casi a trarre anche vantaggi secondari<sup>160</sup>. Tutto questo all’interno del contesto istituzionale manicomiale caratterizzato da esplicite relazioni di potere.

Inoltre, se nella struttura della realtà manicomiale gli uomini e le donne condividevano nei confronti del sapere/potere del discorso psichiatrico una posizione asimmetrica di subalternità e di sottomissione, allora in linea con quello che possiamo definire *il pensiero egemone maschile*, riconosciamo un’assunzione da parte di tutti gli internati di una posizione *femminile*<sup>161</sup>.

Nel contesto manicomiale si delinea quindi una situazione in cui il *maschile* e il *femminile* rappresentano poli opposti di un sistema di forze in cui i vari attori coinvolti assumono fluidamente contrastanti “funzioni di genere”.

Non si è trattato quindi di prendere atto dell’esistenza di differenze di genere nella gestione manicomiale degli internati ma di evidenziare quanto l’identità di genere sia stata il denominatore comune di discorsi e comportamenti tesi a confermare stereotipi di ruolo socialmente condivisi e di come tali strategie discorsive e comportamentali, in alcuni casi,

---

<sup>160</sup> E. Goffmann parla di *meccanismi di sopravvivenza* estranei alla stessa malattia mentale in *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell’esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino, 2003.

<sup>161</sup> Interessante appare la proposta di E. Goffmann di considerare le *identità* non come qualcosa di stabile e definito, ma come il risultato, *localmente* costruito, di interazioni in particolari contesti sociali: “*Il sé...non è qualcosa di organico che abbia una collocazione specifica, il cui principale destino sia quello di nascere, maturare e morire; è piuttosto un effetto drammaturgico di una scena che viene rappresentata*” in E. Goffman, *La vita quotidiana come rappresentazione*, il Mulino, Bologna, 1969, cit. pag.289.

abbiano creato “spazi di potere” determinanti nella risoluzione o nel miglioramento della condizione di internamento.

Antonio A. viene ricoverato nel manicomio di Aversa il 7 luglio 1912, all’età di 49 anni, “è ammogliato con prole” e lavora come minatore<sup>162</sup>. Il medico annota che Antonio “e’ un inveterato alcolista e porta in faccia i residui della maschera caratteristica dei beoni. E’ euforico, allucinato, con tenaci deliri di persecuzione e di gelosia con propositi di vendetta ”, sottolinea inoltre che l’uomo “mostra nei suoi discorsi profondo decadimento dei sentimenti etici”<sup>163</sup>.

E’ questa una delle tante descrizioni che rimandano ad un modello di mascolinità deviante, negativo, in cui l’eccesso nel bere costituisce il criterio di valutazione di un comportamento che supera il limite socialmente accettato. Il medico utilizzando l’espressione “*inveterato alcolista*” sembra porre l’accento sul carattere “atavico” e “costituzionale” (“*maschera caratteristica dei beoni*”) del disagio di Antonio.

Secondo Lombroso l’abuso di alcool era causa di degenerazione negli uomini, “*innanzi alla bramosia degli alcolici vien meno in costoro ogni volontà, ogni riguardo agli amici, ai doveri di famiglia, all’onore*”<sup>164</sup>. D’altra parte è necessario considerare il valore culturale del “bere” sostenuto dal bisogno di condividere un certo modello di mascolinità: “reggere bene l’alcool” poteva

---

<sup>162</sup> Archivio sanitario- Cartelle cliniche, Antonio A. 1912.

<sup>163</sup> Ibidem.

<sup>164</sup> C.Lombroso, *L’uomo delinquente in rapporto all’antropologia, alla giurisprudenza ed alle discipline carcerarie*, in D.Frigessi, F.Giacanelli, L.Mangoni (a cura), *Delitto, genio e follia. Scritti scelti*, op. cit. pag585. Per un inquadramento generale sull’alcolismo si rimanda a M.Figurelli, *L’alcool e la classe. Cenni per una storia dell’alcolismo in Italia*, in “Classe”, 15,1978.

rappresentare un segno di virilità. La vita all'osteria rappresentava per molti contadini e operai un'alternativa possibile al disagio lavorativo ed esistenziale, ma costituiva anche un momento di aggregazione in cui poter "esibire" pubblicamente la propria mascolinità<sup>165</sup>.

Nel caso di Antonio l'abuso di alcool altera questo equilibrio, mettendo in luce una mascolinità "debole", "dipendente", screditata di fronte alla donna e alla società maschile.

Il 1 gennaio 1915, Antonio così scrive:

*"Carissimo figlio,*

*prego e ti raccomando o caro ed amato figlio di tuo padre che da 47 mesi che trovami lontano da Collarmele<sup>166</sup>. Pensa e rifletti un po' e dimmi se ti sono padre si o no. Trovandomi al reale Manicomio Civile di Aversa come pazzo scemonito persi il buon senso da uomo..."<sup>167</sup>.*

Dai documenti a nostra disposizione si rileva che Antonio ha due figli, un maschio e una femmina, entrambi piccoli ( la moglie, Filomena D. in una lettera al procuratore del re, datata 5 luglio 1913, dice di essere "*madre di due bambini, uno di quattro e l'altra di dieci anni*"<sup>168</sup>). Antonio si rivolge al figlio di sei anni, in sua assenza unico maschio in casa, e gli pone una domanda fondamentale: "*dimmi se ti sono padre si o no*" aggiungendo che trovandosi in manicomio "*come pazzo*

---

<sup>165</sup> Per J. Tosh, "*...l'affermazione pubblica era, ed è tuttora, fondamentale per lo status maschile*" in S. Piccone Stella, C. Saraceno (a cura), *Genere. La costruzione sociale del femminile e del maschile*, Il Mulino, Bologna, 1996, cit. pag. 74.

<sup>166</sup> Collarmele è in provincia di Aquila.

<sup>167</sup> Archivio sanitario- Cartelle cliniche, Antonio A. 1912.

<sup>168</sup> Ibidem.

*scimunito*” ha smarrito il “*buon senso da uomo*”. Nel discorso di Antonio troviamo il riferimento a valori fondanti l’identità maschile. Il “padre” è colui che guida, è il capo di famiglia che ha la responsabilità del mantenimento di moglie e figli, è il modello della morale domestica, ma soprattutto è colui che offre un modello di identificazione per il figlio maschio. Rivolgendosi al figlio, Antonio gli sta chiedendo forse di legittimare nuovamente la sua funzione paterna.

L’uomo scrive: “*Attualmente sto bene fisicamente e psichicamente pertanto desidero riavere come altri la libertà onde educare ed istradare sul buon sentiero i miei cari ed amati figlioletti*”<sup>169</sup>. E ancora: “*Caro figlio Oreste in questa mia sventura non so da chi fui colpito! Da chi fui venduto, se proviene dal Sindaco o da mia Moglie...Cosa le ho mai fatto io a lei? Lo lasciata padrona della mia casa mio avere. Ed essa così male mi ricompensa?? Tutto il paese sa ch’io lavoravo ed ella andava a riscuotere il denaro*”<sup>170</sup>.

Antonio invita poi tutti a riflettere su “*che uomo sono io- se son lavoratore oppure vagabondo*”. Il lavoro è un altro dei valori fondanti l’identità maschile. Ed è proprio in nome del lavoro e della funzione paterna che la moglie di Antonio scrive al direttore del manicomio ( ben 16 cartoline postali ) chiedendo che suo marito ritorni libero. Il 9 febbraio 1913 così scrive: “*Ill.mo Signor Direttore, vi voglio scrivere questa cartolina per che mio marito se fa qualche movimento lo farà che sta lontano dalla famiglia, se lui rivede la famiglia allora non lo farà più, se lei Ill.mo Signor Direttore mi farà il favore di rimandarmelo che tiene due figli, ci deve guadagnare il pane che il non ciò niente e non posso io lavorare e quindi al comune non mi vogliono dare niente*

---

<sup>169</sup> Ibidem.

<sup>170</sup> Ibidem.

*ce lo scalzi e malvestiti e senza manciare, se poi ritorna il suo padre allora riguadagnerà il pane e per i vestimenti. E vi ripeto che se farà qualche mossa quello lo farà sta lontano dalla famiglia perché la moglie lo desidera a casa*<sup>171</sup>.

Antonio così termina la sua lettera: *“Attendo una pronta risposta quale sarebbe di venire a qualunque costo a togliermi dal Manicomio perché stare insieme ai pazzi c'è da uscir pazzi. Buona fine e buon inizio d'anno. Sono padre. Antonio A.”*<sup>172</sup>

Antonio verrà dimesso il 6 giugno 1915.

La vicenda di Donato M.<sup>173</sup>, giovane contadino di 33 anni, ricoverato con diagnosi di *“frenosi alcolica”* nel manicomio di Aversa il 9 febbraio 1914, offre un altro esempio di mascolinità *“debole”*. Il medico riporta nell'anamnesi la storia di Donato, *“impenitente bevitore di vino e liquori”*: *“Nel 1904 pensò di recarsi in America e per ragioni economiche lasciò la moglie in Italia. Egli era un contadino, ma in America si occupò di vari lavori, facendo anche il cuoco. Durante la sua permanenza, fu per due volte ricoverato in manicomio, sempre per il vino. Tornò in Italia quattro anni fa, ma ebbe la sgradita sorpresa di trovare sua moglie incinta di pochi mesi. Egli narrò così e il suo racconto acquista veridicità per il fatto che egli è lucido, tranquillo, calmo, orientato, ragionevole. Egli infatti aggiunge che, malgrado ciò, perdonò alla moglie ed acconsentì, per intercessione di amici, di ritornare a convivere con lei. E per parecchio tempo regnò un certo accordo, benché spesso sorgessero litigi, perché la moglie non voleva che il marito bevesse ed il marito mal sopportava la supremazia che la moglie intendeva prendere su di lui...”*<sup>174</sup>. Queste brevi note sulla

---

<sup>171</sup> Ibidem.

<sup>172</sup> Ibidem.

<sup>173</sup> Archivio sanitario- cartelle cliniche, Donato M. 1914.

<sup>174</sup> Ibidem.

vita di Donato evidenziano due elementi importanti per lo studio della mascolinità, il lavoro e l'onore.

L'emigrazione verso il continente americano rappresentò una delle conseguenze più gravi del sottosviluppo meridionale e dell'arretratezza complessiva della società rurale italiana all'inizio del Novecento. Essa costituiva una "fuga" da un contesto sociale che sembrava non aver più nulla da offrire ma, allo stesso tempo, rappresentava per milioni di contadini meridionali, la possibilità di un riscatto sociale, l'affermarsi di una speranza di redenzione. Non si trattava, tuttavia, di una "fuga indolore" perché come sottolineava Francesco Coletti nel 1911 numerosi erano i fattori negativi e positivi che sostenevano il bisogno di emigrare<sup>175</sup>. Tra i fattori negativi l'autore indica come il lavoro della terra produca un adattamento all'ambiente "*non soltanto morale, ma talora pesino fisico*" che rende difficile l'inserimento in un nuovo contesto lavorativo. "*La mentalità del contadino è monotona e schiva all'estremo di cose nuove. Essa è un riflesso della ripetizione costante e solenne delle stagioni e dei lavori che, con assidua vicenda, vi sono connessi. La stessa scarsità qualitativa delle emozioni che l'ambiente gli provoca lo rinsalda nel suo quietismo e nel suo ossequio passivo alla tradizione...Il rinnovamento radicale delle abitudini e della vita, che è insito nell'emigrazione, non poteva non turbare sino nell'intimo l'anima rurale...*"<sup>176</sup>.

Tra le "*forze psicologiche*" favorevoli al bisogno di emigrare, Coletti, individua nell'emigrante contadino il desiderio di poter

---

<sup>175</sup> F. Coletti, *Dell'emigrazione italiana*, in *Cinquant'anni di storia italiana. 1860-1910*, Hoepli, Milano-Roma, 1911. Il riferimento è tratto da A. De Bernardi e S. Guarracino, *L'operazione storica. L'età contemporanea*, Bruno Mondatori Milano, 1993.

<sup>176</sup> Ibidem, cit. pag. 736.

migliorare la propria esistenza: *“egli sogna di diventare proprietario di un pezzo di terra. La proprietà di una terra, sita per giunta nel paese nativo e proprio là, nella contrada che è meglio esposta e più redditizia, rappresenta la soddisfazione limite, la soddisfazione del vigile amor proprio ed insieme la base di una vita indipendente, assicurata, rispettata”*<sup>177</sup>. Anche il *“rancore”* costituisce una forza propulsiva per l’emigrazione. *“I ricordi di asprezze e cattiverie passate, ledenti talvolta persino l’onore delle donne, gli pesano sull’animo, tanto più che egli, ruminatore assiduo delle tradizioni, lega il presente col passato, con un passato anche lontano e peggiore del presente, come gli ripetevano il padre, l’avo...”*<sup>178</sup>. Le parole di Coletti descrivono in generale molto bene la condizione psicologica vissuta da un contadino meridionale emigrante.

I due ricoveri manicomiali in America per abuso di alcool, ci portano a pensare che forse Donato abbia incontrato grandi difficoltà nel tentativo di ambientarsi al nuovo contesto sociale. L’alcoolismo di Donato si configura quindi come *“effetto-spia”*<sup>179</sup> di un disagio sociale anche se il discorso psichiatrico ancora una volta propone una spiegazione ereditaria e costituzionale del fenomeno: *“Donato M. porta dalla nascita l’istinto e la demenza del vino. Il padre fu un fortissimo bevitore e finì la sua esistenza a Rio de Janeiro per demenza postemiplagica: inoltre egli stesso dice di appartenere ad una razza di bevitori”*<sup>180</sup>.

Il difficile ritorno in patria con un fardello di aspettative disilluse è ulteriormente aggravato dalla oggettiva constatazione

---

<sup>177</sup> Ibidem, cit. pag 736.

<sup>178</sup> Ibidem, cit. pag. 737.

<sup>179</sup> L’espressione è ripresa da A. De Bernardi, *Malattia mentale e trasformazioni sociali. La storia dei folli*, op. cit. pag. 24.

<sup>180</sup> Archivio sanitario- Cartelle cliniche, Donato M. 1914.

del tradimento della moglie. Al fallimento come lavoratore si aggiunge il disonore che lede ulteriormente la “fragile” identità maschile di Donato. L’uomo tenta di reagire, accettando la situazione mostrando così una “modernità” che probabilmente va ascritta al tentativo di “salvare” almeno il valore familiare. Tuttavia, il motivo dei litigi coniugali e del comportamento recidivo nei confronti dell’abuso di alcool, mostra la difficoltà di Donato ad assumere un “nuovo” status maschile. Egli infatti *“mal sopportava la supremazia che la moglie intendeva prendere su di lui”*<sup>181</sup>. Il 16 febbraio 1914 il medico annota: *“L’infermo alle notizie già date, aggiunge che la gelosia verso la moglie si risvegliò in lui nel decorso mese di gennaio per il fatto che essa gli disse un giorno di aver trovato un portafoglio con 45£. Egli invece cominciò a sospettare che ciò non fosse vero e che la moglie cercasse con questo mezzo di fargli accettare del denaro per comperare la sua acquiescenza”*<sup>182</sup>.

Donato appare come un uomo umiliato che tenta di riconquistare la propria rispettabilità e onorabilità agendo un comportamento deviante.

Particolarmente interessanti risultano le annotazioni nel diario clinico in cui il medico riporta che Donato si rifiuta di rispondere alle numerose cartoline inviate dalla moglie, mentre mette in atto allo stesso tempo un comportamento “adeguato” all’istituzione manicomiale: *“L’infermo è abbastanza tranquillo. Desidera essere adibito a qualche lavoro. Passi perciò alla sez. Tranquilla, perché se del caso, passi poi alla lavorazione”*<sup>183</sup>.

In un’altra annotazione il medico dichiarando che Donato è *“affetto da frenosi alcolica con delirio di gelosia che pare abbia*

---

<sup>181</sup> Ibidem.

<sup>182</sup> Ibidem.

<sup>183</sup> Ibidem.

*avuto alimento da reali mancanze da parte della moglie*<sup>184</sup>, sembra sia mettere in dubbio la presenza di una persistente ideazione delirante, sia stabilire con l'uomo una sorta di solidarietà "di genere". D'altra parte va pure considerata la posizione della moglie di Donato, lasciata per ben sei anni da sola, forse senza notizie o con cattive notizie del marito...

Donato ha ormai intrapreso la "carriera"<sup>185</sup> del folle come dimostrano i continui ricoveri di cui è oggetto. La moglie, intanto, continua ad inviare cartoline postali al direttore e istanze al Procuratore del Regno per chiedere che il marito venga dimesso evidenziandone "*l'ottima condotta morale e civile*".

E' spontaneo chiedersi se anche la moglie di Donato ricerchi una nuova rispettabilità e onorabilità, che la presenza del marito accanto lei può comunque garantire.

Nella cartella clinica di Donato è stata rinvenuta una lettera scritta dall'uomo a sua moglie. Si tratta di uno scritto che colpisce per la brevità, l'essenzialità; il tono non è supplichevole ma lascia trasparire la fermezza di chi, pur vivendo la difficile condizione di internato, è riuscito a riacquistare una propria dignità.

*"Alla cara Giacinta,*

*cara Moglie rispondo con ritardo. Perché oramai va per quattro anni che sto in cotesto manicomio, voglio chiudere che adesso compisce quaranta anni, mi spetta per obbligo*<sup>186</sup>.

---

<sup>184</sup> Ibidem.

<sup>185</sup> Il termine è usato da E. Goffman per indicare il percorso istituzionale del malato mentale, in *Asylums*, op. cit.

<sup>186</sup> Archivio sanitario-Cartelle cliniche, Donato 1914

## Capitolo quinto

*“Spazio, spazio, io voglio tanto spazio  
per dolcissima muovermi ferita;  
voglio spazio per cantare crescere  
errare e saltare il fosso  
della divina sapienza.  
Spazio datemi spazio  
Ch’io lanci un urlo inumano,  
quell’urlo di silenzio negli anni  
che ho toccato con mano.”*

(Alda Merini, *Vuoto d’amore*)

Ecco cosa scrive il medico psichiatra di Rosa Maria ricoverata nel manicomio di Aversa nel 1914 perché *“riconosciuta affetta da pazzia periodica”*: *“La madre soffriva di attacchi isterici. Una sorella è morta di tubercolosi ossea. E’ stata scorretta nei rapporti coniugali, essendo venuta meno alla fedeltà. La miseria e l’abbandono del marito hanno influito sullo scoppio della psicopatia, la quale ha avuto un’invasione e un decorso lento. In questo ultimo tempo per l’appetito erotico era divenuta oggetto di scandalo, per cui ne è chiesta l’opera manicomiale, dove giunge eccitata, agitata, incoerente nella condotta, con scatti impulsivi”*<sup>187</sup>.

La declinazione femminile della follia porta il peso, oltre che della sofferenza personale, della rappresentazione di ciò che significa essere donna in un determinato contesto storico-

---

<sup>187</sup> Archivio sanitario- Cartelle cliniche, Rosa Maria P., 1914.

sociale. Il discorso psichiatrico è inevitabilmente condizionato da questa rappresentazione. Nel caso di Maria Rosa l'*infedeltà* e lo *scandalo* sono gli elementi che caratterizzano negativamente il comportamento di questa donna allo sguardo del medico e della società. Per la psichiatria dell'epoca la storia di Maria Rosa non è importante, non trova spazio nelle grandi pagine della cartella clinica. Maria Rosa è lontana dall'ideale di donna sposa e madre. Per sopravvivere non le resta che la *folia* e l'internamento manicomiale. La donna sarà poi dimessa *perché guarita*.

All'interno del manicomio le donne, come Maria Rosa gridano la loro sofferenza, la loro difficoltà a vivere in un mondo preconstituito dove lo spazio e la libertà individuale troppe volte sono preclusi.

L'11 settembre 1914 viene rinchiusa nel manicomio di Aversa Saveria B., gentildonna di 30 anni, coniugata e madre di una bambina<sup>188</sup>. Le notizie riportate dal medico nella cartella clinica si rivelano scarse e superficiali, ma significative. Si tratta di una paziente "speciale", affidata all' "*osservazione e alla cura del Sig. Direttore*"<sup>189</sup>. È la facoltosa famiglia a farsi carico della sua permanenza all'interno del manicomio e il responsabile

---

<sup>188</sup> La storia di Saveria, presentata al Convegno "Scritture femminili e Storia (sec.XIX-XX)", organizzato nel maggio 2003 dal Dipartimento di discipline storiche, dal Dottorato in studi di genere e dal Polo delle scienze umane e sociali dell'Università di Napoli "Federico II", insieme alla Società napoletana di storia patria, è stata pubblicata in L. Guidi (a cura), Scritture femminili e Storia, ClioPress, Napoli, 2004, pp. 371-381.

<sup>189</sup> Archivio sanitario- Cartelle cliniche, Saveria B. – 1914.

amministrativo registra che “*la folle venne ricoverata a trattamento di 3° grado con la retta di £2,00 al giorno*”<sup>190</sup>.

Non si sa nulla di lei, della storia della sua malattia, del suo ambiente familiare di provenienza, del suo aspetto fisico.

Il medico si limita ad annotare che “*all’ammissione è depressa: risponde a stento; dà le generalità a fioca voce ma esatte*” e aggiunge che “*certamente l’inferma è stanca e sfinita per il lungo viaggio*”. Viene formulata una diagnosi, “*psicosi allucinatoria su sfondo isterico*”, una diagnosi chiara e stigmatizzante<sup>191</sup>.

Se la sanità mentale femminile ha origine dall’ubbidienza all’ordine sociale e alle regole etiche, allora Saveria appare allo sguardo maschile dello psichiatra come una donna ribelle, “*frivola e leggera*”, “*incoerente e strana*”, priva di “*poteri critici*”<sup>192</sup>, irrazionale, per la quale si rende necessaria l’opera manicomiale<sup>193</sup>.

---

<sup>190</sup> Ibidem. Sul diverso trattamento dei folli all’interno del Manicomio di Aversa si rimanda a V.D. Catapano, E. Esposito, *Differenze e divisioni nella “famiglia folle” all’interno delle Case dei Matti di Aversa*, Giornale storico di psicologia dinamica, IV, 1980, 7, pp.13-35.

<sup>191</sup> La presenza di allucinazioni per il modello psichiatrico positivista dei primi del Novecento, diventa elemento fondamentale per etichettare la malattia mentale e per legittimare lo “stato di alienazione” e la necessità dell’internamento. Parlando di “sfondo isterico” il medico, attraverso una definizione nosografica, implicitamente fa riferimento ad una particolare rappresentazione della donna. Tanzi e Lugaro nel già citato Trattato delle malattie mentali, parlando di mentalità isterica, sottolineano una costellazione caratteriale legata all’*esagerazione di attitudini normali: esuberanza emozionale, esagerata influenza delle rappresentazioni, suggestionabilità, instabilità affettiva, tendenze rivoluzionarie*” in E. Tanzi, E. Lugaro, op. cit. pp.603-650.

<sup>192</sup> Archivio sanitario-cartelle cliniche, Saveria B. 1914.

<sup>193</sup> Come sostiene M.Foucault, “...lo sguardo medico non è più semplicemente lo sguardo di un osservatore qualunque, ma quello di un medico sostenuto e legittimato da un’istituzione, quello di un medico

La dimensione particolare in cui vengono ad interagire, ognuno nel proprio specifico ruolo, il medico psichiatra e Saveria si inserisce in una dimensione più ampia, una rete di relazioni sociali e culturali in cui il discorso scientifico prende forma, alimentandosi in un continuo interscambio. Il sintomo viene a costituire proprio il punto di contatto tra coscienza individuale e discorso pubblico, saper medico e valori borghesi.

Per lo psichiatra Saveria “è” il sintomo e la corrispondente etichetta diagnostica. Il discorso medico sembra annullare la realtà, la soggettività di Saveria, cancellando i contorni della sua individualità e autenticità.

Ma Saveria esiste e propone il proprio “esserci nel mondo” attraverso le sue lettere. Si tratta di tre lettere (due destinate al marito e una al fratello maggiore) e di alcune pagine di riflessioni, rinvenute tra le pagine vuote e ingiallite della cartella clinica. Lettere mai inoltrate, probabilmente “censurate” da qualche medico solerte, utilizzate come espressione dello stato di alienazione o come già suggeriva nel 1834 G. Simoneschi, all’epoca della sua direzione al Manicomio di Aversa, come strumento per “*entrar nelle vere e più segrete cagioni della loro*

---

*che ha il potere di decidere e di intervenire. Inoltre, si tratta di uno sguardo che non è vincolato dallo stretto reticolato della struttura (forma, disposizione, numero, grandezza), ma che può e che deve cogliere i colori, le variazioni, le infinite anomalie, stando sempre in agguato per sorprendere tutto ciò che costituisce una devianza. Infine, è uno sguardo che non si accontenta di constatare ciò che si offre alla vista in modo evidente: deve anche permettere di delinearne le probabilità ed i rischi: è calcolatore”* in *Nascita della clinica*, Einaudi, Torino, 1998, pag.101.

*folia ed apprestarsi quindi que' rimedi che potrebbero essere meglio efficaci*"<sup>194</sup>.

Saveria, scrivendo, costruisce uno spazio privato all'interno del quale ripropone e afferma la propria soggettività, il proprio discorso. Si riappropria così della possibilità di riflettere, di pensare alla sua vita<sup>195</sup>. E' l'occasione per dimostrare la propria volontà disperatamente. Scrive: "*Stanca ormai di aspettare il verdetto che mi condanna o che mi assolve da tutte le colpe che ho fatto ed ho lasciato a me e a tutti quelli di casa mia, dichiaro di essere in pieno possesso delle mie facoltà mentali*"<sup>196</sup>.

In nessuna delle lettere Saveria annota la data: il tempo vissuto all'interno del manicomio, come sottolinea E.Goffman nel suo "Asylums", è il "*tempo morto*" di chi "*è stato completamente esiliato dalla vita*"<sup>197</sup>. Ma è anche il tempo delle emozioni, del dolore, del rimpianto. Scrive Saveria al fratello Stano: "*quest'oggi sono triste e malinconica da non poter vincere la malinconia dopo aver lungamente pianto*"<sup>198</sup>.

Saveria descrive il suo stato d'animo e ci introduce all'interno del manicomio, raccontando la sua vita di reclusa, una vita monotona che sembra articolarsi e trovare senso intorno al momento dei pasti.

---

<sup>194</sup> La citazione di G.Simoneschi è tratta da V.D.Catapano, 1986, op. cit. pag.241.

<sup>195</sup> Sulla peculiarità della corrispondenza privata nella ricerca storica si rimanda al già citato *Dolce dono graditissimo*, a cura di M.L:Betri, D.Maldini Chiarito, 2000.

<sup>196</sup> Archivio sanitario, ibidem.

<sup>197</sup> E.Goffman,op. cit..

<sup>198</sup> Archivio sanitario. Ibidem.

Saveria è un'ospite privilegiata: lei stessa racconta di essere al centro di molte attenzioni da parte dei medici e del personale infermieristico: *“Ho ricevuto la visita del Dott. Fusco e più tardi dell'Ispettrice che è tanto gentile con me e mi domanda sempre se voglio qualcosa, pur sapendo che la ringrazio e non voglio niente di straordinario”*.

Ma dirà pure: *“Qui non si fa altro che farmi adulazioni e mi si beffeggia continuamente”*. D'altra parte, il trattamento di cura prevede, come si legge da una nota del medico, *“bagni caldi, passeggiate in giardino, alimentazione leggera ma nutriente”*<sup>199</sup>.

Saveria fa poi esplicitamente riferimento al motivo della sua inquietudine: *“...lo scopo più importante della presente è per autorizzarti a dire a nome mio a mio marito che non voglio assolutamente più far vita assieme a lui, perciò... vedete per fare la divisione col Tribunale e quando siete pronti mi fate comparire ai magistrati che gli dico che non ci voglio più convivere per incompatibilità di carattere”*<sup>200</sup>.

E' forse questo il reale motivo del ricovero? Il sintomo di Saveria, il suo disagio è l'espressione simbolica di una protesta che si radica in un particolare contesto reale. Le circostanze sociali appaiono come una dimensione necessaria e intrinseca alla stessa malattia. Saveria vuole la separazione, vuole porre fine ad un matrimonio che non la rende felice. Ma tale desiderio non rientra tra i comportamenti riconosciuti come legittimi, è un comportamento che travalica i confini, è fuori dalla “norma”, è un comportamento scandaloso e folle<sup>201</sup>.

---

<sup>199</sup> Ibidem.

<sup>200</sup> Ibidem.

<sup>201</sup> Come sostiene M. Pelaja *“...il matrimonio non riguarda esclusivamente l'intimo del vissuto individuale e familiare, o l'informalità delle consuetudini sociali. Il matrimonio non è un affare*

Il comportamento ribelle di Saveria investe anche la relazione con la sua famiglia di origine alla quale chiede protezione. Con le sue parole: *“Non farti illusioni che se mi lasci ancora del tempo qua, neanche con voi voglio stare che mi piglio ad Angelo Pugliese alla faccia vostra e vi faccio le corna perché non mi avete trattato da sorella”*<sup>202</sup>.

La minaccia di tradimento appare estrema, disperata, ma soprattutto vana: è la minaccia di una folle reclusa in manicomio, è una minaccia che non può essere ascoltata, che non deve essere ascoltata...

E probabilmente anche Saveria è consapevole di ciò: le lettere scritte al marito mostrano una significativa inversione di tendenza. Sono lettere in cui la donna cerca di riaprire un dialogo con il coniuge, riproponendo discorsi consueti, abituali, “sterili” perché non producono cambiamenti, ma necessari per affrancarsi da una condizione ancora più mortificante quale quella vissuta all’interno del manicomio. Ecco un brano tratto da una lettera scritta da Saveria al marito:

*“Mio caro Acuzzo,*

*mi decido a scriverti visto che con le chiamate a voce non ti decidi a venire. Mi sembra che eravamo marito e moglie adesso siamo ritornati fidanzati e si deve incominciare con le letterine amoroze: Ti prego di perdonarmi se la presente non è scritta su un foglietto profumato e frasi troppo espansive perché il recapito è per mezzo di una suora e poi ti so così attaccato alla decenza e geloso vippiù. Sta pur tranquillo che di scritti finché non arrivi non*

---

*privato: esso appartiene a pieno titolo alla sfera pubblica, tocca complesse e delicate questioni istituzionali”, in Storia sociale delle donne nell’Italia contemporanea, a cura di A.Bravo, M.Pelaja, L.Scaraffia, Laterza, Roma\_Bari, 2001, pag.190.*

<sup>202</sup> Archivio sanitario, ibidem.

*te ne farò mancare se degni di leggere le mie lettere e rispondermi che non mi pare che sei pigro nello scrivere...”<sup>203</sup>.*

Il 17 novembre 1914 il medico annota sul diario clinico: *“l’inferma, m che è con speciali cure del personale assistita, dopo un periodo di circa due mesi di confusione mentale, nonché di condotta strana ed incoerente, è entrata in una fase di ordine mentale: comincia ad interessarsi alla vita esteriore, espone desideri, da qualche giudizio esatto. Notasi però un carattere frivolo e leggero”<sup>204</sup>.*

Dal punto di vista medico l’opera manicomiale ha prodotto i suoi effetti: Saveria sembra rinsavita, è tornata a svolgere il suo ruolo di moglie attenta e premurosa.

Ecco cosa scrive al marito: *“Mio caro Aguzzo, stasera prendo la penna per scrivere a te caro tesorone mio. Prima di tutto mi auguro che stai benone assieme agli altri e che ti sei dimenticato il brutto ricevimento che ti feci l’ultima volta che mi sei venuto a vedere. Ti prego di perdonarmi che ero talmente esasperata che non sapevo quello che facevo, ma del resto hai avuto tante prove del bene che ti voglio che queste sgarbatezze che ti ho fatto durante questa malattia non le perdoni. Ti raccomando di menarti ogni riguardo...Cambiati spesso la biancheria specie la maglia che ti fa male tenerla assai. Vedi se ti riesce di fare accomodare il caminetto della nostra cucina da quella parte che veniva l’umido ma bada a non esporti a nessun pericolo...”<sup>205</sup>.*

Quale motivazione più convincente poteva meglio giustificare allo sguardo del medico e della famiglia il comportamento

---

<sup>203</sup> Ibidem.

<sup>204</sup> Ibidem.

<sup>205</sup> Ibidem.

ribelle e deviante di Saveria? Semplicemente “non era in sé”, “non si rendeva conto di quel che faceva”...

Diversa è la posizione di Saveria: La sofferenza psichica le ha consentito di esprimere la sua protesta nei confronti di una realtà deludente e intollerabile.

Ma questa rivolta, questo attacco contro la legge sociale sono considerati l'espressione di una reazione primitiva, automatica, irrazionale e quindi delimitata nell'ambito della psicopatologia.

Il disagio di Saveria viene neutralizzato attraverso la sua identificazione con il sintomo e lei stessa assume il nuovo status di “malata”. Questo le permette, paradossalmente, di entrare in relazione con gli altri intorno a sé, usando il loro stesso linguaggio. In questa nuova dimensione Saveria può rivedere la sua posizione, può provare addirittura a negoziare. E' una scelta obbligata: come alternativa c'è solo l'incomprensione e la reclusione.

Ancora le sue parole risultano significative: “*Siccome poi tutta la mia vita è sempre una smentita, dico e disdico perché sono pazza addirittura pazza*”. E ancora: “*Ti prego di venirmi a pigliare subito che non ci vorrei stare nemmeno una notte: sono sicura che ne tu ne i fratelli mi fate soffrire “questa arida solitudine” volontariamente e quando vi siete accertati, come spero, che non ho nessuna cosa cioè di malattia, mi condurrete a casa...*”<sup>206</sup>.

L' *arida solitudine* è il prezzo altissimo che Saveria paga per ritornare alla vita. E lei stessa dice che pur di vedere “*sia pure per cinque minuti una faccia che mi sorrida e che mi parla e ascolta le mie parole, sono pronta a fare qualche altro sacrificio...Perciò se c'è qualcuno che fosse compassionevole e avesse pietà del mio stato disperato e fosse generoso e nobile da*

---

<sup>206</sup> Ibidem.

*pregare per me per ottenerne il perdono, io resto in piedi finchè mi reggo, ma messa a letto devo essere accompagnata dai miei vestiti neri e da questi fogli neri che voglio portare con me nella tomba e rinunzio a qualche altro conforto...Ho finito da giorni tutto il mio coraggio”<sup>207</sup>.*

Il 7 gennaio 1915, dopo quattro mesi di internamento, Saveria “viene dimessa dal Manicomio perché guarita ed affidata al marito”<sup>208</sup>.

Tra la famiglia e l’istituzione manicomiale si strutturano rapporti interpersonali che si fondano su reciproche aspettative di comportamento. Intorno al fenomeno-malattia mentale si articolano ruoli prestabiliti: ognuno “gioca la sua parte”, ognuno ricava il proprio tornaconto.

Significativo è il caso di Carolina B., nubile, povera, di anni 22, ricoverata nel manicomio di Aversa il 9 settembre 1917, proveniente dal Carcere giudiziario di Perugia dove scontava la pena di un anno e sei mesi per furto<sup>209</sup>.

Nell’annotare le notizie anamnestiche il medico riporta (fatto questo piuttosto inconsueto) le stesse parole della giovane donna: “Sono nubile, ma circa due anni or sono sono fuggita di casa con un uomo che mi condusse in sardegna, ove fummo uniti circa un anno e poi ci dividemmo ed io fui rimpatriata. A casa mi si fece visitare e fui riconosciuta affetta da sifilide e curata

---

<sup>207</sup> Ibidem.

<sup>208</sup> Ibidem.

<sup>209</sup> Archivio sanitario- cartelle cliniche, Carolina B. 1917.

*nell'ospedale di Torino per tre mesi. Uscita dall'ospedale feci vita libera a Genova*"<sup>210</sup>.

Colpisce l'estrema lucidità con cui Carolina racconta la sua vicenda, quasi una cronaca in cui emerge un sentimento di inesorabilità rispetto al proprio destino. Probabilmente lo stesso sentimento avrà guidato il medico che propone una diagnosi di "*immoralità costituzionale in isterica dalle tendenze erotiche esagerate*", senza annotare altro se non che la giovane donna presenta "*una fisionomia maschile, sguardo continuo a terra, dice con grande disinvoltura della sua vita libera e delle malattie veneree sofferte*"<sup>211</sup>. All'esame fisico Carolina risulta effettivamente ammalata di sifilide ed affetta da endometrite cronica "*per cui si giudica all'opera del manicomio e si trasferisce alla sez. Virgilio*"<sup>212</sup>.

La sifilide costituiva un fattore eziologico della paralisi progressiva, una patologia neurologica con gravi implicazioni psichiatriche. La relazione fra paralisi progressiva e sifilide sembrava convalidare le teorie organicistiche che consideravano le malattie mentali nient'altro che malattie fisiche del sistema nervoso centrale<sup>213</sup>. Inoltre, la sifilide rimandava direttamente alla pratica della prostituzione che con Lombroso rientrava ormai nel campo dell'antropologia criminale. La prostituta era

---

<sup>210</sup> Ibidem.

<sup>211</sup> Ibidem.

<sup>212</sup> Ibidem.

<sup>213</sup> G. Ziulboorg, G.W.Henry, *Storia della psichiatria*, op. cit.; G.Gattei, *La sifilide: medici e poliziotti intorno alla "Venere politica"*, in *Storia d'Italia, Annali 7 Malattia e Medicina*, a cura di F.Della Peruta, Einaudi, Torino, 1984, pp.741-798; M.Turno, *Il malo esempio. Donne scostumate e prostituzione nella Firenze dell'Ottocento*, Giunti, Firenze, 2003.

l'equivalente del criminale-nato maschio e il suo comportamento era spiegabile solo attraverso un concetto, per la verità assai fumoso, di “follia morale”<sup>214</sup>.

Per il medico non ci sono dubbi: Carolina è una “degenerata”, incapace di vivere secondo le norme: va quindi controllata attentamente per “*le sue tendenze evasive e la sua malattia...*”.

Nella cartella clinica sono state rinvenute due lettere: una scritta dalla madre della donna al direttore del manicomio di Aversa, l'altra scritta dalla stessa Carolina ad un suo cugino.

Il 16 settembre 1917 (otto giorni dopo il ricovero) Marianna, madre di Carolina, si rivolge direttamente al direttore per chiedere che la figlia venga trasferita al manicomio di Novara. Tuttavia, alcuni elementi della lettera rimandano ad altre questioni di particolare importanza per la comprensione sia delle dinamiche relazionali sottese all'evento, sia dei vissuti che ne costituiscono la struttura. La madre scrive: “*...ho ricevuto notizie da mia figlia Carolina e non posso descriverle il dolore provato nel saperla ricoverata al Manicomio, tanto più che so e si sa essere la sua malattia venerea*”<sup>215</sup>.

Carolina quindi comunica alla madre il suo ricovero in manicomio. Carolina è una donna dall' “onore perduto”, il suo comportamento scandaloso ha disonorato tutta la famiglia, non

---

<sup>214</sup> C. Lombroso (1893), *La donna delinquente, la prostituta e la donna normale*, in *Delitto, genio e follia*, op. cit. Per un esauriente quadro del fenomeno della prostituzione in Italia si rimanda al lavoro di M. Gibson, *Stato e prostituzione in Italia. 1860-1915*, il Saggiatore, Milano, 1995, e il più recente lavoro di M. Turno, *Il malo esempio. Donne scostumate e prostituzione nella Firenze dell'Ottocento*, Giunti, Firenze, 2003.

<sup>215</sup> Archivio sanitario, ibidem.

solo, ella è portatrice di uno stigma che non lascia dubbi circa la sua condizione di vita: è una prostituta ed è anche una ladra.

Purtroppo non conosciamo il contenuto ed il tono della lettera che la giovane invia alla madre. Possiamo immaginare che, comunicando la notizia del ricovero, Carolina abbia tentato un riavvicinamento alla famiglia, riavvicinamento mediato proprio dalla “malattia mentale”!

Le parole della madre sembrano confermare questa ipotesi: *“Sarei a pregare la di Lei gentilezza a voler interessarsi che se fosse sintomo di pazzia facesse la grazia di fare il possibile che venisse trasportata in quello di Novara che almeno potrò di tanto in tanto farle visita. E’ una madre che si raccomanda alla di Lei bontà sicura vorrà fare il possibile per favorire tanto me che mia figlia”*<sup>216</sup>.

Marianna vuole essere rassicurata, sua figlia può essere accolta e riconosciuta come tale, paradossalmente, solo se “folle”. Solo la follia può riscattarla!

La breve lettera termina con una domanda esplicita: *“Come mai essendo ammalata di sifilide trovasi al manicomio? In attesa di pregiata sua risposta ringraziando saluto”*<sup>217</sup>.

La lettera che Carolina scrive al cugino Agostino porta la data del 23 agosto 1917 (quindici giorni prima del ricovero).

Carolina è ancora a Vercelli; il 21 maggio è stata processata per furto e condannata a 18 mesi di reclusione da scontare presso le Carceri giudiziarie di Perugia: *“mi sono presa 18 mesi di castigo ma non mi prendo fastidio per mentre mi metto a lavorare*

---

<sup>216</sup> Ibidem.

<sup>217</sup> Ibidem.

*e esco fuori con una professione e istruita e mi faccio dei soldi*<sup>218</sup>.

Strano discorso per una prostituta costituzionalmente degenerata! Carolina sembra avere tanti progetti; pensa, forse spera, che pure l'esperienza del carcere possa diventare per lei un'opportunità di riscatto sociale. La donna scrive al cugino per comunicargli qualcosa di molto importante: *“Mi trovi già di tre mesi. Te lo diceva sempre che sarò madre non mi credesti, lo sai che la vita quando che mi sono accorta che ero non sono più andata con nessun uomo. Son certa che è solo tuo*<sup>219</sup>.

Carolina forse riconosce nella maternità la grande svolta della sua vita di donna, ma sente pure la necessità che questa venga legittimata.

Le sue parole esprimono la preoccupazione, la paura legata a questa esperienza e la consapevolezza della sua difficile condizione: *“Dio Signore saprà quella cella che io soffro notti e giorni come mi trovo triste non posso mai dormire, se penso che devo venire Madre, ma spero di darlo a balia la mia creatura fino alla mia libertà e poi te la darò a te che è roba tua...”*<sup>220</sup>.

I documenti a nostra disposizione non fanno riferimento a questa presunta gravidanza. Nel diario clinico il medico annota che Carolina *“mentalmente è dominata da allucinazioni”*<sup>221</sup>.

La donna resterà ad Aversa fino al 22 marzo 1919 quando viene dimessa *“guarita dall'episodio psicopatico acuto”*<sup>222</sup>.

---

<sup>218</sup> Ibidem.

<sup>219</sup> Ibidem.

<sup>220</sup> Ibidem.

<sup>221</sup> Ibidem.

<sup>222</sup> Ibidem.

Nota conclusiva

Quando nel settembre 1985 mi proposero di lavorare nell'ospedale psichiatrico "L. Bianchi" di Napoli, avevo da poco conseguito la laurea in psicologia.

Erano gli anni in cui con la legge Basaglia cominciava l'opera di smantellamento dei manicomi. Il mio incarico consisteva nel visionare le cartelle cliniche di quei malati "cronicizzati" di cui era stata smarrita la storia per recuperare notizie utili a ricontattare le famiglie e provare così ad organizzare un possibile reinserimento sociale.

Gli studi universitari, che costituivano il mio bagaglio concettuale, non riuscirono a proteggermi dall'acuto senso di paura che mi prese quando entrai in quella struttura imponente, in quel "tempio della follia".

Il forte odore di urina mi avvolse mentre attraversavo i lunghi corridoi dove uomini e donne, ormai liberi di entrare e di uscire, vagavano disorientati.

Un grosso infermiere, vestito di blu, con un enorme mazzo di chiavi ciondolante dalla cintura, mi introdusse in una stanza con le grate di ferro alla finestra dove avrei potuto lavorare. Ma non era facile farlo. Ero in un continuo stato d'allarme.

Uno dei "matti", un uomo completamente rapato che camminava lentamente tenendosi i pantaloni senza cintura, nella tipica andatura di chi assume psicofarmaci, di tanto in tanto veniva ad osservarmi di nascosto, fuggendo via quando

l'infermiere di turno con tono "paternalistico" gli diceva di "non disturbare la dottoressa"...

Quell'uomo silenzioso tutti i giorni era lì ed io, vincendo un po' la paura, presi a sorridergli. Anche lui trovò il coraggio e riuscì a sedersi su una panca di fronte a me, in silenzio.

Non ho mai saputo chi fosse, né come si chiamasse. Non riuscii a terminare il mio lavoro: non riuscivo a stare lì.

Il silenzio di quell'uomo mi ha accompagnato in questi anni, così come il senso di rispetto e di impotenza nei confronti della sofferenza psichica.

Narrando le storie degli uomini e delle donne internati ho provato a vincere quel silenzio, a colmare quel vuoto di parole.

## Bibliografia

- Abbagnano N., Storia della filosofia, UTET, Torino, III vol. 1982.
- Andolfi M., Angelo C., Menghi P., Nicolò-Corigliano A.M., La famiglia rigida, Feltrinelli, Milano, 1982.
- Aries P., Duby G., La vita privata. L'Ottocento, Laterza, Bari-Roma, 2001.
- Aries P., Duby G., La vita privata. Il Novecento, Laterza, Bari-Roma, 2001.
- Babini V.P., Cotti M., Minuz F., Tagliavini A., Tra sapere e potere. La psichiatria italiana nella seconda metà dell'Ottocento, Il Mulino, Bologna 1982.
- Babini V.P., Minuz F., Tagliavini A., La donna nelle scienze dell'uomo, Franco Angeli, Milano, 1989.
- Barbagli M., Sotto lo stesso tetto, il Mulino, Bologna, 1984.
- Basaglia F. (a cura), L'istituzione negata, Einaudi, Torino, 1968.
- Basaglia F., Scritti. 1968-1980, Einaudi, Torino, 1982.
- Bellassai M., Malatesta M., Genere e mascolinità. Uno sguardo storico, Bulzoni, Roma, 2000.
- Bellassai M., La mascolinità contemporanea, Carocci, Roma, 2004.
- Bennet J.M., Chi pone i quesiti alla storia delle donne?, in Passato e Presente, maggio – dicembre 1989, n.20-21.
- Betri M.L., Maldini Chiarito D., Dolce dono graditissimo, Franco Angeli, Milano, 2000.
- Betri M.L., Maldini Chiarito D. (a cura), Scritture di desiderio e di ricordo. Autobiografie, diari tra Settecento e Novecento, Franco Angeli, Milano, 2002.

- Biotti V. (a cura), "E' matto e tristo, pazzo e fastidioso". I saperi sulla follia. Magistrati, medici e inquisitori a Firenze e negli Stati italiani del '600, Nicomp, Firenze, 2002.
- Bizzochi R., Sentimenti e documenti, in Studi Storici, aprile-giugno 1999, a. 40, pp.471- 486.
- Borsatti L., Le indemoniate. Superstizione e scienza medica- Il caso di Verzegnis, Edizioni del Confine, Udine, 2002.
- Bravo A., Pelaja M., Pescarolo A., Scaraffia L., Storia sociale delle donne nell'Italia contemporanea, Laterza, Roma- Bari, 2001.
- Burke P., Una rivoluzione storiografica, Laterza, Roma-.Bari, 2002.
- Burke P. (a cura), La storiografia contemporanea, Laterza, Roma-Bari, 1993.
- Buttafuoco A., Le Mariuccine. Storia di un'istituzione laica – L'asilo Mariuccia, Franco Angeli, Milano, 1985.
- Cagassi M., Tra Dorner e Foucault: storia sociale e critico-strutturalismo della psichiatria, Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria, XXXVIII, 1977, pp.409-620.
- Calvi G., La scrittura epistolare femminile, in Quaderni Storici 104,a.XXXV, n.2, agosto 2000.
- Canguilhem G., Il normale e il patologico, Einaudi, Torino, 1998.
- Canosa R., Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi, Feltrinelli, Milano, 1979.
- Castel R., L'ordine psichiatrico. L'epoca d'oro dell'alienismo, Feltrinelli, Milano, 1980.
- Catapano V.D., Esposito E., Differenze e divisioni nella "famiglia folle" all'interno delle Case dei Matti di Aversa, Giornale storico di psicologia dinamica, IV, 1980, 7, pp.13-35.
- Catapano V.D., Precursori dell'antipsichiatria: Luigia Brovelli con "Il manicomio civile di Aversa", in Giornale Storico di Psicologia Dinamica, vol. VI, giugno 1982, fascicolo 12.
- Catapano V.D., Le Reali Case de' Matti nel Regno di Napoli, Liguori, Napoli, 1986.
- Cavaglioni A., La filosofia del pressappoco. Weininger, sesso, carattere e la cultura del novecento, l'ancora del mediterraneo, Ancona, 2001.
- Chesler P., Le donne e la pazzia, Einaudi, Torino, 1977.

- Colazzo M., Quale donna turba il cervello dell'alienista? Ipotesi di lavoro alla ricerca del paradigma della follia declinata al femminile attraverso la letteratura ufficiale della seconda metà del XIX secolo, in A. De Bernardi (a cura), *Follia, psichiatria e società*, Angeli, Milano, pp.413-424.
- Civita A., Cosenza D. (a cura), *La cura della malattia mentale. Storia ed epistemologia*, Bruno Mondatori, Milano, 1999.
- Connell R.W., *Maschilità. Identità e trasformazioni del maschio occidentale*, Feltrinelli, Milano, 1996.
- Corti P. (a cura), *Le donne nelle campagne italiane del Novecento*, in Istituto Alcide Cervi, *Annali*, 13, 1991.
- Cosmacini G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Laterza, Roma-Bari, 1987.
- Cosmacini G., *Medici nella storia d'Italia*, Laterza, Roma-Bari, 1996.
- De Bernardi A., De Peri F., Panzeri L., *Tempo e catene. Manicomio, psichiatria e classi subalterne. Il caso milanese*, Franco Angeli, Milano, 1980.
- De Bernardi A. (a cura), *Follia, psichiatria e società. Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia moderna e contemporanea*, Franco Angeli, Milano, 1982.
- De Bernardi A., Guarracino S., *L'operazione storica. L'Ottocento*, Bruno Mondatori, Milano, 1993.
- De Luna G., *La passione e la ragione*, Bruno Mondatori, Milano, 2004.
- De Peri F., *Il medico e il folle : istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico fra Otto e Novecento*, in *Storia d'Italia. Annali* 7, Einaudi, Torino, 1984, pp.1057-1140.
- Di Cori P. (a cura), *Altre storie. La critica femminista della storia*, Clueb, Bologna, 1996.
- Di Cori P., Joan Scott. *Teorie sul potere e pratiche politiche femministe*, in C. Leccardi (a cura), *Tra i generi*, Guerini Studio, Milano, 2002, pp.29-46.
- Dorner K., *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, Laterza, Roma-Bari, 1975.
- Duby G., Perrot M., *Storia delle donne in Occidente. L'Ottocento*, Laterza, Bari-Roma, 1991.

- Duby G., Perrot M., Storia delle donne in Occidente. Il Novecento, Laterza, Bari-Roma, 1992.
- Ellenberger H., La scoperta dell'inconscio. Storia della psichiatria dinamica, Boringhieri, Torino, 1976.
- Farge A., Il piacere dell'archivio, Essedue edizioni, Verona, 1991.
- Farolfi B., Antropometria militare e antropologia della devianza (1876-1908), in Storia d'Italia, Annali 7, Malattia e medicina, Einaudi, Torino, 1984.
- Ferrante L., Palazzi M., Pomata G. (a cura), Ragnatele di rapporti, "Patronage" e reti di relazioni nella storia delle donne, Rosenberg & Sellier, Torino, 1986.
- Figurelli M., L'alcool e la classe. Cenni per una storia dell'alcolismo in Italia, in Classe, 15, 1978.
- Fiorino V., Matti, indemoniate e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento, Marsilio, Venezia, 2002.
- Fiume G. (a cura), Madri. Storia di un ruolo sociale, Marsilio, Venezia, 1995.
- Fiume G. (a cura), Manie, Genesis, II/1, Viella, Roma, 2003.
- Foucault M. (1954), Malattia mentale e psicologia, Cortina, Milano, 1997.
- Foucault M. (1961), Storia della follia nell'età classica, BUR, Milano, 2001.
- Foucault M. (1961), Il folle nel giardino delle specie, in aut-aut, 323, settembre-dicembre 2004.
- Foucault M. (1963), Nascita della clinica, Einaudi, Torino, 1998.
- Foucault M. (1969), L'archeologia del sapere, BUR, Milano, 1999.
- Foucault M. (1969), Che cos'è un autore?, in Scritti letterari, Feltrinelli, Milano, 2004.
- Foucault M. (1973), Io, Pierre Riviere..., Einaudi, Torino, 2000.

- Foucault M. (1973-1974), *Il potere psichiatrico*, Feltrinelli, Milano, 2004.
- M. Foucault (1974-1975), *Gli anormali*, Feltrinelli, Milano, 2000.
- Foucault M. (1975), *Sorvegliare e punire*, Einaudi, Torino, 1993.
- Foucault M.(1976), *La volontà di sapere*, Feltrinelli, Milano, 2001.
- Foucault M. (1977), *La vita degli uomini infami*, in A. Dal Lago (a cura), *Archivio Foucault 1971-1977*, Feltrinelli, Milano, 1994.
- Foucault M. (1984), *L'uso dei piaceri*, Feltrinelli, Milano, 2002.
- Foucault M. (1984), *La cura di sé*, Feltrinelli, Milano, 2001.
- Foucault M., *Perché studiare il potere: la questione del soggetto*, in H.L.Dreyfus e P.Rabinow, *La ricerca di Michel Foucault*, Ponte delle Grazie, Firenze, 1989
- Fraisse G., *La differenza tra i sessi*, Bollati Boringhieri, Torino, 1996.
- Frigessi D., Giacanelli F., Mangoni L., Cesare Lombroso. *Delitto, genio e follia. Scritti scelti*, Bollati Boringhieri, Torino, 2000.
- Gabrielli P. (a cura), *Vivere da protagoniste. Donne tra politica, cultura e controllo sociale*, Carocci, Roma, 2001.
- Galzigna M., *Soggetto di diritto, soggetto di follia*, introduzione a Esquirol J.E.D., *Delle passioni*, Marsilio, Venezia, 1982, pp.7-51.
- Galzigna M. (a cura), *La follia, la norma, l'archivio*, Marsilio, Venezia, 1984.
- Galzigna M., *La malattia morale. Alle origini della psichiatria moderna*, Marsilio, Venezia, 1988.
- Gattei G., *La sifide: medici e poliziotti intorno alla "Venere politica"*, in *Storia d'Italia, Annali 7, Malattia e medicina*, Einaudi, Torino, 1984.

- Giacanelli F., Appunti per una storia della psichiatria in Italia, in Dorner K., Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria, Laterza, Roma-Bari, 1975, pp.V-XXXII.
- Gibelli A., L'officina della guerra, Bollati Boringhieri, Torino, 1998.
- Gibelli A., La grande guerra degli italiani. 1915-1918, Sansoni, Milano, 2001.
- Gibson M., Stato e prostituzione in Italia, il Saggiatore, Milano, 1995.
- Ginzburg C., Poni C., Il nome e il come: scambio ineguale e mercato storiografico, in Quaderni Storici, 40, 1979, pp.181-190.
- Ginzburg C., Microstoria: due o tre cose che so di lei, in Quaderni storici, 86, a.XXIV, n.2, agosto 1994.
- Ginzburg C., Miti, emblemi e spie. Morfologia e storia, Einaudi, Torino, 2000.
- Ginzburg C., Il formaggio e i vermi. Il cosmo di un mugnaio del'500, Einaudi, Torino, 1999.
- Ginzburg C., Rapporti di forze. Storia, retorica, prova, Feltrinelli, Milano, 2000.
- Goffman E. (1959), La vita quotidiana come rappresentazione, il Mulino, Bologna, 1969.
- Goffman E. (1961), Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza, Einaudi, Torino, 2003.
- Goffman E. (1963), Stigma. L'identità negata, Ombre corte, Verona, 2003.
- Gorni G., Malattia mentale esistema. L'istituzione manicomiale italiana dalla fine del Settecento agli inizi del Novecento, in Classe, 15, 1978.
- Graziosi M., La donna e la storia, Liguori, Napoli, 2000.
- Groppi A. (a cura), Il lavoro delle donne, Laterza, Roma-Bari, 1996.
- Guarnirei P., La storia della psichiatria. Un secolo di studi in Italia, Olschki Editore, Firenze, 1991.
- Guidi L., L'onore in pericolo, Liguori, Napoli, 1991.

- Guidi L., Lamarra A. (a cura), *Travestimenti e metamorfosi*, Filema, Napoli, 2003.
- Guidi L. (a cura), *Scritture femminili e Storia*, ClioPress, Napoli, 2004.
- Jervis G., *Breve storia della psichiatria contemporanea*, in *Manuale critico di psichiatria*, Feltrinelli, Milano, 1975, pp. 42-66.
- Heritier F., *Maschile e femminile. Il pensiero della differenza*, Laterza, Roma-Bari, 2002.
- R.D. Laing, *L'io e gli altri. Psicopatologia dei processi interattivi*, Sansoni, Firenze, 1977.
- Leccardi C. (a cura), *Tra i generi*, Guerini Studio, Milano, 2002.
- Leed E., *Terra di nessuno. Esperienza bellica e identità personale nella prima guerra mondiale*, il Mulino, Bologna, 1985.
- Luria A.R., *Come lavora il cervello*, il Mulino, Bologna, 1977.
- Le Goff J., Nora P. (a cura), *Fare storia. Temi e metodi della nuova storiografia*, Einaudi, Torino, 1981.
- Macry P., *La società contemporanea. Una introduzione storica*, il Mulino, Bologna, 1992.
- Mantegazza P.(1887), *Il secolo nevrosico*, Edizione Studio Tesi, Pordenone, 1995.
- Marino S., Nunziante Cesaro A., *Soggetto femminile e scienze umane*, CLUEB, Bologna, 1993.
- Marino S., Montepaone C., Tortorelli Ghidini M., *Il potere invisibile. Figure del femminile tra mito e storia*, Filema, Napoli, 2002.
- Mendia U., *Manicomi privati a Napoli nell'800*, Luciano editore, Napoli, 1997.
- Micela R. (a cura), *Oppressione della donna e ricerca antropologica*, Savelli Editori, Milano, 1979.
- Mosse G., *L'immagine dell'uomo. Lo stereotipo maschile nell'epoca moderna*, Einaudi, Torino, 1997.

- Ongaro Basaglia F., Un commento, in Chesler P., Le donne e la pazzia, Einaudi, Torino, 1977, pp.XI-XXXII.
- Palazzi M., Storia delle donne e storia di genere in Italia, in S. Bellassai-M. Malatesta (a cura), Mascolinità e storia. Uno sguardo storico, Bulzoni, Roma, 2000, pp.51-88.
- Panepucci A. (a cura), Psicoanalisi e identità di genere, Laterza, Roma-Bari, 1995.
- Pesce P.B., Un corpo oscuro. Storie cliniche e percorsi di ammissione al manicomio di Palermo (1890-1902), in Genesis, II/1, 2003, Viella, Roma, pp.91-122.
- Picone Stella S., Saraceno C. (a cura), Genere. La costruzione sociale del femminile e del maschile, il Mulino, Bologna, 1996.
- Pomata G., Madri illegittime tra '800 e '900: storie cliniche e storie di vita, in Parto e maternità. Momenti della biografia femminile, Quaderni storici, n.44, 1980.
- Pomata G., La storia delle donne: una questione di confine, in Aa.Vv., Il mondo contemporaneo. Gli strumenti della ricerca, vol.X, Questioni di metodo, II, La Nuova Italia, Firenze, 1981.
- Pomata G., Storia particolare e storia universale: in margine ad alcuni manuali di storia delle donne, in Quaderni Storici, 74, 1990, pp.341-385.
- Quaranta M., Positivismo ed hegelismo in Italia, in L. Geymonat (a cura), Storia del pensiero filosofico e scientifico, vol.VI, Garzanti, Milano, 1972.
- Reim R. (a cura), Controcanto. Novelle femminili dell'Ottocento italiano, Armando, Roma, 1998.
- Revel J., Tra sessualità e ruoli sociali, in Quaderni Storici 59, a. XX, n.2, agosto 1985, pp.586-603.
- Revelli N., L'anello forte. La donna: storie di vita contadina, Einaudi, Torino, 1985.
- Ricoeur P., Ricordare, dimenticare, perdonare. L'enigma del passato, il Mulino, Bologna, 2004.
- Roccatagliata G., Le radici storiche della psicopatologia, Liguori, Napoli, 1982.

- Roccatagliata G., *L'isteria. Il mito del male del XIX secolo*, Liguori, Napoli, 2001.
- Rosaldo M., *Lavoro domestico e attività pubblica: sul ruolo sociale dei sessi*, in Micela R. (a cura), *Oppressione della donna e ricerca antropologica*, Savelli Editori, Milano, 1979.
- Roscioni L., *Il governo della follia. Ospedali, medici e pazzi nell'età moderna*, Bruno Mondadori, Milano, 2003.
- Rossi Doria A. (a cura), *A che punto è la storia delle donne in Italia*, Viella, Roma, 2003.
- Ruspini E., *Le identità di genere*, Carocci, Roma, 2003.
- Schopenhauer A., *L'arte di trattare le donne*, Adelphi, Milano, 2000.
- Scott J.W., *Il "genere": un'utile categoria di analisi storica*, in P. Di Cori, *Altre storie. La critica femminista della storia*, Clueb, Bologna, 1996, pp.1434-1469.
- Scott J.W., *Fantasy Echo. History and the construction of Identity*, *Critical Inquiry*, Winter, 2001.
- Shorter E., *Storia del corpo femminile*, Feltrinelli, Milano, 1984.
- Shorter E., *Storia della psichiatria*, Masson, Milano, 2000.
- Sorcinelli P., *Storia e sessualità. Casi di vita, regole e trasgressioni tra Ottocento e Novecento*, Bruno Mondadori, Milano, 2001.
- Sorcinelli P., *Il quotidiano e i sentimenti. Viaggio nella storia sociale*, Bruno Mondadori, Milano, 2002.
- Tanzi E., Lugaro E., *Trattato delle malattie mentali*, Società Editrice Libreria, Milano, 1914-1916.
- Tilly L.A., *Gender, storia delle donne e storia sociale*, in *Passato e Presente*, maggio- dicembre 1989, n.20-21.
- Tosh J., *Come dovrebbero affrontare la mascolinità gli storici?*, in S.Piccone Stella, C. Saraceno (a cura), *Genere. La costruzione sociale del maschile e del femminile*, il Mulino, Bologna, 1996.

- Turno M., *Il malo esempio. Donne scostumate e prostituzione nella Firenze dell'Ottocento*, Giunti, Firenze, 2003.
- Varikas E., *Genere, esperienza e soggettività. A proposito della controversia Tilly-Scott*, in *Passato e Presente*, n.26, maggio-agosto 1991, anno X.
- Vegetti Finzi S. (a cura), *Storia delle passioni*, Laterza, Roma-Bari, 1995.
- Villa R., *Scienza medica e criminalità nell'Italia unita*, in *Storia d'Italia, Annali 7, Malattia e medicina*, Einaudi, Torino, 1984.
- Watzlawick P., Helmick Beavin J., Jackson D.D., *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma, 1971.
- Zanni Rosiello I., *Archivi e memoria storica*, il Mulino, Bologna, 1987.
- Zarri G.(a cura), *Per lettera: La scrittura epistolare femminile tra archivio e tipografia*, Viella, Roma, 1999.
- Zemon Davis N., *Storie d'archivio. Racconti di omicidio e domande di grazia nella Francia del Cinquecento*, Einaudi, Torino, 1992.
- Zemon Davis N., *La storia delle donne in transizione : il caso europeo*, in P. Di Cori, *Altre storie. La critica femminista della storia*, Clueb, Bologna, 1996.
- Zilboorg G., Henry G.W., *Storia della psichiatria*, Feltrinelli, Milano, 1963.